

療養看護業務の法的責任

——看護事故判例の研究(二)——

菅 野 耕 毅

目 次

一 序 文

二 療養看護の意義

三 療養看護における注意義務と責任

(一) 療養指導

(二) 経過観察

(三) 医師との連絡

(四) 環境管理

(五) 患者管理

四 結 語

一 序 文

看護業務の法的責任を明らかにすることを目的とした看護事故判例の研究のうち、診療補助業務に関する部分は『診療補助業務の法的責任』としてすでに発表した^(一)。本稿においては、看護業務のもう一つの分野である「療養上の世話」(以下「療養看護」ということにする)^(二)の業務を中心とし、それに関連する限りに関して保健指導や助産の業務も加え、それらの業務における法的責任の問題を考察する。

まず、療養看護の意義を検討する。そのために、看護業務の法制化およびその沿革を概観し、その中で看護業務の内容がどのように規定され、それがどのような変遷を経てきたかを明らかにする。また、主として医師の指揮監督の下でなされる診療補助業務に比べ、看護婦の主体性ないし独自性が特徴とされている療養看護業務において、医師の指示と看護婦の業務行為との関係はどうあるべきか、学説の現状および判例の実際を整理し、若干の考察をしておくことにする。

つぎに、療養看護に関する判例を、療養指導、経過観察、医師との連絡、環境管理、患者管理などの諸類型に分類し、各類型ごとに、その業務に要求される主な注意義務を具体的事案に即して分析し、他の類型における注意義務との関連を考慮しつつ、療養看護業務に求められる注意義務と法的責任の全体を明らかにしたい。

(一) 菅野耕毅「診療補助業務の法的責任——看護事故判例の研究(一)——」医事学研究二号(昭和六二年)一五二～二七二頁。

(二) 保健婦助産婦看護婦法は、看護業務を「療養上の世話」と「診療の補助」であると規定する(五条)。「療養上の世話」

は、看護業務のうち「診療の補助」以外の業務で、いわば狭義の「看護」を意味するものである。また、看護婦とは「傷病者又は褥婦看護ノ業務ヲ為ス女子」とする看護婦規則〔大正四年〕一条の定義は、このほかに診療の補助の業務のあることを明示していなかったことが指摘されている（金子 光『保健婦助産婦看護婦法の解説』日本医事新報社〔昭和六二年〕三九頁、木戸・草刈『衛生法規』メヂカルフレンド社〔昭和五七年〕二八頁）が、この規則が傷病者等の「看護」という用語を使用していたことも注目される。「世話」の語は、看護学の知識および技能に基づいて傷病者の看病等をすることを意味する用語としては、その意味内容が広すぎて適当とはいえない。詳しくは、次章において論述する。

二 療養看護の意義

(1) 看護関係の業務の法制化とその変遷

看護関係業務の法制化の沿革は、明治時代後半まで遡ることができる^(二)。産婆規則〔明治三二年七月一九日、勅令三四五号〕は、産婆の業務を明規はしていないが、「妊婦産婦褥婦又ハ胎児生児ノ取扱」と解しているようである（七条、九条）。その後、大正時代になって、看護婦規則〔大正四年六月三〇日、内務省令九号〕が制定された。

看護婦規則は看護婦の業務を「公衆ノ需ニ応ジ傷病者又ハ褥婦看護ノ業務」と定めている（一条）。さらに、昭和時代になると、保健婦規則〔昭和一六年七月一〇日、厚生省令三六号〕が制定され、保健婦の業務を「疾病予防ノ指導、母性又ハ乳幼児ノ保健衛生指導、傷病者ノ療養補導、其ノ他日常生活上必要ナル保健衛生指導ノ業務」と規定した（一条）。間もなく、戦時態勢に対応して、国民医療法〔昭和一七年二月二五日、法律七〇号〕が制定され、それに伴って保健婦規則〔昭和二〇年五月三一日、厚生省令二二号〕も改められ、業務に関しては端的に「保健指導及療養補導」が保健婦の業務であると定めた（二条）。

戦後、看護関係者の資質の向上を図るため、国民医療法の委任に基づく政令として看護関係の法令も再編成されることになり、保健婦助産婦看護婦令〔昭和二二年七月三日、政令一二四号〕が制定された。これは、保健婦の業務から「療養補導」を削除して「保健指導」に限定する（二条）。一方、「傷病者若しくははじよく婦に対する療養上の世話又は診療の補助」を看護婦の業務としている（五条）。また、医師・歯科医師・看護婦（甲種）の指示を受けて看護の業務に従事する乙種看護婦の業務は「急性且つ重症の傷病者またははじよく婦に対する療養上の世話を除

く」ものとしていた（六条）。

その後、国民医療法は戦後の社会情勢に適合しないとして廃止され、それに伴い、保健婦助産婦看護婦令の内容をほとんどそのまま引き継いだ保健婦助産婦看護婦法〔昭和二三年七月三〇日、法律二〇三号〕（以下「保助看護法」と略称する）が制定された。この法律も、看護婦の業務を「傷病者若しくはじょく婦に対する療養上の世話又は診療の補助」としている（五条）。医師・歯科医師・看護婦の指示を受けて看護の業務に従事する准看護婦の業務については、旧乙種看護婦のような制限はなくなった（六条）。

（2）『療養上の世話』と『療養看護』の語義

昭和二二年の保健婦助産婦看護婦令が看護婦の定義を規定した際に、従来の定義規定になかった「診療の補助」を新たに加えるとともに、従来は傷病者等の「看護」と規定していた（看護婦規則一条、前掲）用語を、「療養上の世話」という用語に変えたのは、いかなる理由によるのであろうか。

まず、「診療の補助」を新たに加えた理由はどうか。看護婦規則制定の当初は、いわゆる「診療の補助」も看護婦の業務の一つとして認められてはいた（同規則六条参照^(二)）けれども、しかし、看護婦規則一条の看護婦の定義からして、傷病者等の「看護」が看護婦の主たる業務であることは明らかであったといえよう。ところが、保健婦助産婦看護婦令からは、看護婦の業務を傷病者等に対する「療養上の世話又は診療の補助」と規定し、その両者を同列の業務として扱うことにした。その理由は、急激に増大する医療需要に対して、慢性的な医師不足という医療供給のネックを、看護婦の診療補助によって補わざるをえないという戦後の医療事情においては、法制度上も、診療補助を看護と同様のウェイトをもつ看護婦の業務として規定することが必要であったからである。

つぎに、これまで傷病者等の「看護」と規定していた用語を、「療養上の世話」という用語に変えた理由は明らか

かでない。昭和二一年に、厚生省が、保健婦、助産婦および看護婦を統一した「保健師」に一本化する法案の準備を進めていた（実現に至らなかったが）経緯があること、翌昭和二二年の保健婦助産婦看護婦令においては、従来保健婦の業務を「保健指導及療養補導」としていた保健婦規則の規定を改めて、「保健指導」に限定し、「療養補導」を削除したこと（二条）、保健婦のみならず助産婦も当然に看護婦の業務を行うことができることにしたこと（四六条）などから推測すると、従前からの狭義の「看護」業務を、診療の補助業務を含めた広義の看護業務と区別するため、また従来の保健婦の業務にあった「療養補導」をも含めるため、「療養上の世話」という用語にしたのであろう。しかし、「世話」というような意味の広すぎる一般的な用語を用いるのは適当とはいえない。看護学の専門的な知識および技能に基づいた世話であるから、むしろ「療養看護」といった用語を用いるのが妥当なように思われる。

(3) 療養看護業務と医師の指示

診療補助業務については、診療機械の使用、医薬品の授与、その他医師が行うのでなければ衛生上危害を生ずる虞のある行為は、原則として（臨時応急の手当、助産業務に付随する行為は除く）主治医師の指示によって行わなければならない（保助看法三七条）ものと定められているが、療養看護（療養上の世話）については、そのような規定がないために、医師の指示が必要であるのか、指示なしに独自に行えるものか、議論がある。

療養看護（療養上の世話）は「看護婦の主体性をもつてなされる業務」であって「医師の指示を必要としない」と解する説^(四)、「療養上の世話については看護婦独自の判断で業とすることができるところがある」とする説^(五)、「病院内で療養上の世話を看護婦が行う場合に、医師の指示と完全に切り離せるものかどうか疑問であり」、やはり「医療活動の一環である以上は、医師の指示に従わなければならない」とする説^(六)、などがある。

判例には、療養看護において医師の指示に従うべきであることを直接的に述べたものはないが、医師に連絡してその指示を仰ぐべきであったと述べた事例はある。嘔吐・下痢の頻繁な小児患者について、医師の指示がなくとも直ちに医師に連絡して医師の指示を仰ぐべきであり、深夜のため医師を起こすのが気の毒だというようなことで翌朝まで放置したのは、看護上の重大な過失であるとした後掲〔判例27〕や、扁桃腺手術後の小児患者の浸潤性出血につき付き添いの親から医師の診察を求められたのに、看護婦は医師が就寝中のためそれを伝えることを控えて、医師の指示を得ないでいたところ容態が悪化して死亡した事故で、医師の刑事責任につき看護婦の過失が考慮された後掲〔判例26〕などがある。ただし、〔判例27〕においては、看護に当たっていた者は看護婦ではなく患者の叔母であり、いわゆる被害者側の過失であって損害賠償の請求は棄却された。

また、医師の指示に従って看護していたので過失はないとされた事例もある。例えば、重症の肺結核患者の安静保持につき医師から格別の指示がないため、看護婦らがその患者を他の患者と同様に食事運搬・食器洗い・便器の後始末等をさせていたところ症状が悪化し死期が早まったことについて、絶対安静の措置をとらなかった医師の過失を認めて、その雇い主の使用責任を認定したが、医師の指示を受けなかった看護婦らに過失はないとした後掲〔判例3〕、うつ病患者の病室内自殺未遂事故について、医師は看護婦に自殺防止のための具体的指示をすべきであり看護婦も危険物を身辺から除去するなど自殺防止を含む適切な看護を行うべきであるのにその義務を怠ったと訴えられた事案において、看護婦は担当医師の指示のとおり看護に当たり、患者の症状を注意深く観察することで注意義務を尽したとして請求を棄却した後掲〔判例46〕、転倒事故の患者が脳挫傷・脳浮腫との診断で経過観察のため入院中に硬膜外血腫で死亡した事故において、医師については硬膜外血腫の疑いもあったのだからそれを念頭においた経過観察をすべきであったとして過失責任を認定したが、医師から絶対安静と氷あん法を指示されたの

みで、経過観察の具体的な方法に関して何らの指示もされず、患者の脈搏・呼吸状態を観察し、患者の頭痛の訴えを医師に連絡して指示を仰ぎ、異常のない旨を報告していた看護婦については、医師の指示の下に看護をしているので観察義務違反はないとして責任を否定した後掲〔判例10〕などがある。

なお、これらに関連するが、医師が看護婦に適切な指示・指導をすべきことが問題になった事例もある。医師はクッシング病患者の特質を考慮して看護婦に適切な指導をするように指示すべき義務があるのにこれを怠っていたため患者が骨折するに至ったと訴えられた事案において、過失はあるが違法性は阻却されたとした後掲〔判例6〕と、下痢で入院しカットダウン法による点滴をしていた未熟乳児患者につき、医師は看護婦から輸液漏れの報告を受けていたにもかかわらず、自ら確認もせずに、点滴続行の指示をしたため、右足が壊死状態となり切断のやむなきに至った事故において、医師の自ら観察して適切な処置をすべき義務の懈怠を過失とするともに、自ら確認する時間的余裕がなければ、看護婦に対して右下肢の状態の観察方法について具体的な指示をすべきであったのにそれも怠ったことを過失として過失責任を認定した後掲〔判例7〕とがある。

病院において医師が診療をし療養指導をしている患者については、看護婦による療養看護（療養上の世話）も、その診療目的にそうようにしなければならず、そのためには必要な範囲において医師の指示に従わなければならないであろう。医師の『指示』を、①療養看護を行うべきことを命ずる指示と、②その療養看護を行う過程における指揮監督としての指示とに分けたとき、①については、指示があればそれに従ってすべきであるが、指示なしにも療養看護を開始することができ、また看護婦独自の判断で療養看護を開始しなければならない場合もあろう。①の指示を受けて療養看護を開始した後、それを行う過程において、②の指示は必要か。とくに医師が行うのでなければ衛生上危害を生ずる虞のある行為でない限り、原則として指示を受けることを要しないといえよう。

(一) 厚生省医務局編『医制百年史〔記述編〕〔資料編〕』(ぎょうせい、昭和五十一年) 参照。本書〔資料編〕には、旧法令がほとんど収められている。

(二) 看護婦規則六条は「看護婦ハ主治医ノ指示アリタル場合ノ外被看護者ニ対シ治療器械ヲ使用シ又ハ薬品ヲ授与シ若ハ之カ指示ヲ為スコトヲ得ス但臨時救急ノ手当ハ此ノ限ニ在ラス」と規定していた。

(三) 「療養上の世話」は通常「狭義の看護」と呼ばれている。鈴木峰三郎『ナースのための医療過誤のはなし』(医学書院、昭和六十二年) 六頁等参照。

(四) 高田利広『看護業務と法律』(医歯薬出版、昭和四十四年) 一一頁、日本看護協会看護婦部会『看護婦業務指針』(日本看護協会出版会、昭和四十八年) 一六頁、法務総合研究所編『医療過誤に関する研究』(法曹会、昭和四十九年) 一二四頁〔飯田英男〕。

(五) 金子 光『保健婦助産婦看護法の解説』(日本医事新報社、昭和三十五年〔第四五版、昭和六十二年〕) 一一五頁。

(六) 三藤邦彦「病院における医療事故と病院管理との関連について」日本医師会雑誌六七卷一〇号(昭和四十七年) 一三六五～一三六六頁。浅井登美彦『安全な看護業務のチェックポイント』(メヂカルフレンド社、昭和五十六年) 二八七頁の「臨床看護において『療養上の世話』業務のみが独立して存在することはまれであり、患者の治療目的の一環として行われるものであり、医師の診断と治療にそった『療養上の世話』業務を行うことはいうまでもない。その意味では『療養上の世話』業務は、医師の診断と治療に拘束され、それを前提としての治療目的のための看護婦の専門的判断で実施されるものである」というのも同旨といえよう。

三 療養看護における注意義務と責任

看護は、患者の生活の基本的なことからについて患者を援助することであると解せられている。すなわち、呼吸・飲食・排せつ・休息・睡眠を助けること、歩行・座位・臥位における姿勢の保持および動作を助けること、衣類の選択・着脱および体温の保持、身体の清潔保持を助けること、環境の危険から患者を護り、患者に由来する感染や暴行などの危険から他人を護ること、患者が自分の欲求や気持を表現し、他人に意志を伝達し、自分の宗教や信念に基づいた生活ができるように助けること、患者の仕事・学習・レクリエーション等を助けること、などがあげられよう。^(二)

このように、療養看護の業務の内容は多方面にわたるものであるが、ここでは、看護事故判例を分析する都合上、それらを、療養指導、経過観察、医師との連絡、環境管理、患者管理などに分類して、それぞれの業務類型ごとに、療養看護の注意義務と法的責任について考察をすすめることにする。

なお、前述のように、療養看護業務は、看護婦の主体的業務であるから、その事故の責任もまた主体的に負わなければならない。^(三)それは、医師の指示によらない療養看護行為の場合のみならず、医師の指示に基づいて行った場合であっても、療養看護行為自体は看護婦としての専門的知識および技能に基づいて主体的に行うべきものであるから、基本的には同様に解せられる。ただ、医師の指示による場合には、その指示の内容について医師も同時に責任を負わなければならないという点に差異があるに過ぎない。

(1) Henderson, Virginia: Basic Principles of Nursing Care, International Council of Nurses, Geneva, 1970, p. 19.

湯槇ます・小玉香津子訳『看護の基本となるもの』(日本看護協会出版会、昭和四八年)二九頁、参照。

(2) 日本看護協会看護婦部会編『看護婦業務指針』(日本看護協会出版会、昭和四八年)二二頁、浅井登美彦『安全な看護業務のチェックポイント』(メヂカルフレンド社、昭和五六年)二九〇頁、鈴木峰三郎『ナースのための医療過誤のはなし』(医学書院、昭和六二年)一二頁、法務総合研究所編『医療過誤に関する研究』(法曹会、昭和四九年)二二四頁など参照。

(一) 療 養 指 導

看護婦は、看護専門職としての注意(専門的知識および技能)をもって、傷病者やじょく婦の容態を観察し、傷病の悪化を防止し予想される危険を予防するとともに、適切な注意を与えて療養の指導をし、かつその療養生活に必要な援助をしなければならない。その際に、医師による診療が行われている患者については、主治医の治療方針を重んじ、その指示に従うべきことはいうまでもない。

(1) 看護判断における注意義務

傷病者に対して最初に看護に当たる看護婦は、その傷病者の容態を注意深く観察し、自分だけで手当できるものか、それとも直ちに医師の診察を受けさせるべきかを判断しなければならない。とくに、学校の保健室^(二)において、生徒の健康管理を担当する養護教諭(看護婦)や、離島ないし無医地区において保健指導に当たる保健婦^(三)などにとっては、極めて重要な業務といえる。

たとえば、〔判例1〕は、授業中に顔面蒼白となり多量に発汗し苦痛を訴えて保健室に來た生徒に対して、養護教諭(看護婦)が、生徒を横臥させ、問診をし、体温と脈を調べ(体温三六度三分、脈搏七〇)、シャツを脱がせ

てタオルを着せ頭を冷やすなどの手当をして約一時間半ほどしたところ、静かな眠りに入っただけで保健室を離れて三〇分ほど仕事をし、戻ってみると唇が紫色に変色しており、急ぎ校医に診てもらったが、既に急性心臓死で死亡していたという事例である。判決は、「生徒の救急看護に当たることを職務とする養護教諭としては、中略、生徒の病状を漫然一過性の暑気当たりと考え、場合によっては死に至る内因性症状であることもある点を知りながらこれに思いをいたさず、半時間もそのそばを離れ、よってその病状急変にさいし、臨機の措置をとらなかった点は不法行為法上の過失と言わねばならない」として養護教諭の過失を認定した。結論においては、その過失と生徒の死亡との因果関係は認め難いとして、不法行為責任は否定されたけれども、生徒の救急看護にあたる養護教諭の注意義務については厳しい判断が示されたことが注目される。とくに、こうした症状は一過性の症状であることもあるが、場合によっては死に至る内因性症状であることもある点を知っていながら、安易に軽い方の症状であろうと判断し、三〇分間程度放置していても異常は生じないであろうと考えた看護判断の甘さが問題であろう。

(2) 全身的衛生管理と合併症の防止

患者は、一般に体力が衰え、抵抗力が弱っているため、しばしば様々な合併症に罹りやすい。それゆえ、患者の疾病の治療および療養に携わる者は、そうした合併症を予防するために、患者の全身につきその衛生管理に努めなければならない。これは、療養看護業務の基本的課題であるといえよう。

入院患者の一般的衛生法としては、患者の全身清拭があげられるが、その際に注意すべきことは、床ずれ、発赤、腫脹などの変化を観察することである。^(三)判例にも、入院患者の褥瘡防止ができなかったことは看護婦の過失といえるか否かが争われた事例がある。「判例2」は、脳卒中で市立病院に入院した女性患者が仙骨部に褥瘡を生じ

(五日後に発赤、一三日後に表皮剝離、一か月後に壊死)、二か月後に壊死組織を除去したが、その後も褥瘡が拡

大し、脳卒中の回復期に、機能回復訓練の実行に支障を来したという事案である。判決は、患者の褥瘡は濃厚適切な看護によれば防止も可能であったが、本件病院の看護業務は相当多忙であり、患者の清拭と体位変換を付添いの夫に委ねていたことも不当とはいえず、本件患者の褥瘡発生要因は多様で褥瘡防止に必要な看護レベルは相当高度のものであるので、本件病院の看護婦にそこまでの法的義務を課することは妥当でないとして、病院（市）の責任を否定した。

この褥瘡裁判の判決に対しては、この判決は「極めて妥当な内容である」と評価する説もあるが、判決は「看護および看護婦の誤った認識から、重大な誤りを犯した」と批判する説もある^(五)。批判説の理由は、①夫の看護をもって看護レベルは相当高等のものとし、②家族の付添いをもって看護を代替・補充してもよいとの認識をもち、③業務の多忙さをもって看護水準を過度に修正し低レベルの看護を容認し、④基準看護の認識不足がある、というものである。

控訴審においては、専門家証人（某看護短期大学助教授・看護学）による、本件病院の看護体制の問題点や本件患者の褥瘡は防止可能であったことなどに関する証言が契機となって、裁判所が和解を勧告し、被告市は原告患者側の主張事実に基づく慰謝料を支払う義務のあることを認める旨の和解が成立した。

(3) 療養指導と医師の指示

傷病について医師の診断がなされて治療方針が示された患者に対して療養看護をする場合は、主治医の指示に従うべきことはもちろんであるが、それと同時に看護専門職としての専門的知識および技能をもって、患者の容態を観察し、適切な注意を与えて療養の指導をし、その療養生活に必要な援助をしなければならない。この医師の指示と看護婦の療養指導との関係をどう考えるべきかについては問題がある。すなわち、(1)医師の指示がない場合や、

指示があってもその内容が不明な場合に、看護婦はどうすべきか、また、(ロ)看護婦が医師の療養上の指示に従わなければならないとしても、ただその指示に従ってさえいれば責任はないのかということである。(イ)の場合には、療養指導の内容を看護婦が自ら決定してよく、ただ、不明の場合には、一応医師にただすべきであろう。(七)

また、(ロ)については疑問がある。これに関しては、重症の肺結核のため保養所に入所してきた少年患者につき、医師が過失によりその安静保持に関して格別の指示をしなかったため、看護婦らがその患者に食事運搬・食器洗い・食器消毒・便器の後始末などをさせ、患者の病状が急速に悪化し遂に死亡するに至った〔判例3〕が注目される。判決は、医師については患者に対し絶対安静の措置をとらず適切な治療も施さなかったことを過失とし、それが患者の死期を早めたとして、その雇い主に使用者責任を認めたが、医師の指示に従っていた看護婦らには過失がないと判断した。すなわち、特に医師の指示のあった患者については、看護婦が食事運搬・食器洗い・食器消毒・便器の後始末等をしており、本件患者については医師が重症患者とは考えず、特に指示もしなかったために、看護婦らがそれらの仕事を患者にさせたのであって、これをもって右看護婦らの職務における過失や懈怠ということはできないとしたものである。

こうした医師の指示自体が誤っていた場合の看護婦の対応について、法律的には、その誤りが看護婦にも分かるほど明白なとき以外は、看護婦が医師の指示を信頼して行動したために悪い結果を生じたとしても、看護婦には責任がないとするのが普通であろう。しかし、このことは、看護婦の業務のうち「診療の補助」については問題ないけれども、本件のような「療養看護」においても、なお医師の指示に従うのみでよいとすれば、ここでも単に医師の手足としての補助者に過ぎないことになり、看護婦業務の独自性は失われることになりはしないかとの疑問も生ずる。

本件の看護婦の行為に対しては、患者が再転入した病舎が重症個室である以上、看護学を身につけた看護婦としては、患者が食事その他の仕事をすることを是認していたことには問題があり、そのことに気づかない医師に対して積極的に意見を具申すべきであったのではないかとする医学者の批判的意見があり、また、看護婦は医師と異なり「二四時間継続的に患者に接し、その状態の変化を最もよく観察できる立場にあるのであり、看護婦の観察、判断、意見は医師が安静度を決定する際の重要な要素となる」という、看護学者の批判的見解も出されている。

(4) 危険の予防

患者の安全と保護の責任を課せられている看護婦としては、医学ないし看護学の専門的知識および技能をもって、患者の疾病の性質や病態生理を正しく認識し、患者の生活ないし行動により患者自身が被る危険や他人に及ぼす危険などの可能性を予見して、その危険の予防に留意しなければならない。

看護業務の多くは患者との直接的接触を伴うものであるため、病気感染の危険がとくに大きく、患者に感染させたり、患者から感染したりする可能性があるので、注意を要する。たとえば、「判例4」は、患者宅で腸チブスの疑いのある女児患者の看護に従事していた派出看護婦が、腸チブスに感染して死亡するに至った事例である。看護婦の両親が、この感染事故は、主治医が患者の病気を胃腸性感冒と誤診して腸チブスの診断を下さず、保菌者隔離の機を失したために起きたものであるとして、医師の不法行為責任を追及したが、判決は、看護婦は医学に関する知識も常人より深く、常に患者に接触して勤務するものであるから病気感染の危険も多く、したがって危険を予防すべき注意義務もまた常人に比して加重されるべきであるのに、本件看護婦は看護中その摂生上遺憾の点があり、その罹病の責任の一部は同女自身の不注意に存したものであるとして、損害賠償額の決定において過失相殺を認めた。すなわち、この看護婦には病気の感染を予防すべき注意義務に欠ける点があり過失があるとされたのである。

手術後の患者の離床指導等においては、体力回復の程度を正確に把握して、その時期および方法を判断しなければならぬ。〔判例5〕は、胃・十二指腸切除手術を受けた患者が、九日後に二階の病室から三階の病室に変更され、妻の肩にすがって移動中に三階への階段を登りつめたところで突然意識を失い、死亡してしまった事故において、医師の過失責任を認めた事例であるが、看護については、「医師が開腹手術等を行った患者について手術後の看護をなすに当たっては、当該手術の経過に注意し適切な治療行為等をなし、その回復を計るべきことはもちろん、特に手術後の離床指導をなす際には、患者の病状から体力回復の程度を正確に把握してその時期方法を指示すべきであり、急激な体動を与えることにより患者に悪影響を及ぼすことを厳に回避すべき注意義務を負う」のに、体力回復の不十分な患者に階段を登ることを含む病室の移動を指示したことは急激な体動を行わせたというべきであり、右の指示は時期尚早の非難を免れないと判示している（ただし、二審は、原審の死因の判断は誤っているとして原判決を取消した）。

患者の生活ないし活動において、その患者特有の体質や病態生理のために生ずる危険についても注意しなければならぬ。たとえば、クッシング病と脳幹障害で精神科に入院中の患者が遊戯療法として数名の患者らとボール遊びをしていたところ、看護婦とボールの取り合いとなり一緒に転倒して橈骨遠位端骨折等の傷害が発生するといった〔判例6〕のような事故もある。この事例では、医師には患者の特質を考慮して適切な指導をし看護婦にもその指示をすべき注意義務があるのにこれを怠った過失があるとして、病院の使用者責任が問われた。判決は、医師がクッシング病患者の骨折しやすい特質を考慮し、自らまたは看護婦を通じて患者に適切な指導をすべき業務上の注意義務があるのにこれを怠り、漫然とボール遊びをさせたことを過失としたけれども、患者は社会復帰の態勢も整いその判断能力はほとんど通常人と差がなかったこと、ボール遊びはレクリエーション的な要素を含め遊戯療法の

一つとしてなされたものであったが、強制でなく患者自身の自由な判断で参加していたこと、本件行為はゲームのルールないし作法からみて社会的に許容される行動でありボール遊びに付随することが通常予測されるものであること、本件受傷は低度の機能障害が残る程度のもので重症ではなく社会的に容認される限度内にあることからして、本件行為の違法性は阻却されるとし、病院側の責任を否定した。

これら〔判例5〕と〔判例6〕は、いずれも医師の療養指導上の過失が問題となった事例であるが、看護婦についても、手術後の患者の体力回復の状況を十分に観察するとか、クッシング病患者の骨折しやすい性質などを十分に理解して看護上の配慮をすべき注意義務が求められるであろう。

〔判例1〕保健室休養中生徒の急性心臓死事件（徳島地判昭和四七年三月一五日、判例時報六七九号六三頁） Y県立水産

高校無線科一年生のT（一五歳・男性）は、昭和四二年九月六日午前の授業中、多量の汗が出て顔面蒼白となり苦痛を訴えて保健室へ行った。養護教諭（看護婦・五四歳）Iは、Tを横臥させ、腹痛や食当たりに関する質問をしたが心当たりになるような返事も得られず、食物を少し吐いたが、体温三六度三分、脈搏七〇で正常と思われたので、頭をタオルで冷やし、シャツを脱がせタオルを着せかけて様子をみることにした。約一時間半ほど、冷やしたタオルを取り替える程度の看護をし、Tが静かに眠りに入り苦しそうな様子もなかったため、Iは保健室を離れ職員室で保健関係の事務をし約三〇分後に保健室に戻ると、Tの唇が紫色に変色していたので急ぎ校医に連絡して診てもらったが、時既に遅くTは急性心臓死で死亡していた。Tの両親Xらは、Y県に対し使用者責任を、校長Yに対し代理監督者の責任を追及し慰謝料の請求をした。徳島地裁は、つぎのように論じ、Iの過失を認めたが、Iの過失とTの死亡との因果関係は認め難いとして、Xらの請求を棄却した（確定）。

「かかる場合、一過性の暑気当たり、食当たりのものもあるが、危険な恒久性のものもあることを職業上の知識として承知しながら、簡単に前者の場合と判断して全く怪しむことなく、ただ備付けベッドに寝かせて、頭をタオルで冷やすていどの措置にとどめ、安静にしておれば、やがて回復すると考えたことは、たとえ本人がその後特段苦しみを訴えず、静かに寝入った

としても、十分非難に値し、殊に、前記のような状態で入って来たTを保健室に独り置いて外出し、目をはなし、少なくとも半時間も空室にしていたことは（Tが入室休養してから一時間半ほど経過しても回復していない点も参照）、養護教諭としては日頃の油断、軽率のそしりを免れない。《中略》生徒の救急看護に当たることを職務とする養護教諭としては、かかる場合は、やはり体温、脈搏の測定、簡単な問診はもとより、その後も細心の注意を払い急変に備え、少なくとも半時間も病人の側を離れるようなことなく、必要とみれば、臨機の措置、すなわち、医師（校医）への連絡等をする心構えであり、無事気分回復を見届けるのが当然である。《中略》

以上のとおりであるから、本件の場合、養護教諭IがTの病状を漫然一過性の暑気当たりと考え、場合によっては死に至る内因性症状であることもある点を知りながらこれに思いをいたさず、半時間もそのそばを離れ、よってその病状急変にさいし、臨機の措置をとらなかった点は不法行為法上の過失と言わねばならない。」

〔判例2〕脳出血入院患者の褥瘡発生事件（名古屋地判昭和五九年二月二三日、名古屋高裁和解昭和六〇年一月二一日、年報医事法学三号三二頁、高田利広・看護の安全性と法的責任〔第七集〕〔日本看護協会出版会、昭和六一年〕四九頁）昭和四九年一月二七日、A（六一歳・女性）は、脳卒中中で倒れ意識不明の状態でY市立病院に搬送され入院した。当初の一週間は、点滴が施され、左上下肢のほかは運動機能が麻痺し、意識は中程度（痛覚反応があり、呼べは反応がある程度）のまま推移し、同月一三日にはフィットディングチューブを鼻孔から挿入し栄養補給の処置がとられた。同月一二日から一五日に仙骨部分、両大転子部分付近に発赤が顕れて褥瘡の徴候があり、仙骨部分は同月二〇日には表皮が剥離し、翌五〇年一月四日ころには直径五、六センチメートルのびらんないし壊死に進行し、同年一月下旬には患部表面が黒いかさぶた状になり、同年二月一二日には同病院医師により褥瘡部（一二cm×三cm）の壊死組織を除去する処置が施された。しかし、その後もAの褥瘡は拡大し長期にわたり治癒しなかった。Aの意識不明は徐々に回復し、四九年一二月中には簡単な問にうなづくようになり、翌五〇年一月末ころには意識はより明確になったが、そのころ褥瘡部化膿により三八度近い発熱があり、同年二月九日には三九度にも達した。この褥瘡により、Aは全身的な影響を受け、脳卒中の機能回復訓練の実行に支障を来し、病状の回復が

遅れた。Aは昭和五四年一月一日に死亡した。Aの夫と子であるXらは、昭和五五年八月にY市に対して、つぎのような理由を述べ、損害賠償（慰謝料六〇〇万円）請求の訴訟を提起した。

脳卒中患者の治療に当たる医師および看護婦は患者の全身管理に最善を尽し、適期に適切な機能回復訓練を施されるようにすべく、とくに褥瘡は一旦発生すると容易に治癒せず、しかも発熱、健康回復の遅延など全身への悪影響は重大であるから、その予防には万全を期すべきである。そのためには、敷布団、寝巻等は日光に当て乾燥を保つと同時に、身体を絶えず清拭して清潔に保ち、体位の変換を頻繁に行い、適宜円座を用いるなどして、圧迫摩擦を避けるように努め、発赤等初期症状が顕れた場合には、そのほかに一日五、六回温湯で清拭し、アルコールを塗布してマッサージを施し、亜鉛華澱粉を散布して十分乾燥させる等の積極的手当が必要である。ところが、医師および看護婦は右のような予防処置を施さず、Aの仙骨部に重篤な褥瘡を発生させ、五年間にわたってAに苦痛を与えた、というのが訴えの理由である。

名古屋地裁は、つぎのように判示して、Xらの請求を棄却した（控訴）。

「Y病院においては褥瘡予防につき昭和四九、五〇年当時特別に右予防を目的とした態勢を整え、実行しようとの積極的な姿勢が十分であったとはいえない。《証言、報告例略》褥瘡発生をいかなる患者についても完全に予防することは容易なことではないこと、意識障害のある患者、なかんずく全身衰弱、高齢、原疾患の重篤な患者においては至難ともいえ、各医療機関、医療担当者が苦慮していることも又窺える。そして予防のためいかなる方法によるいかなる程度の看護が必要であるかは報告例によれば、対象患者の身体状態に応じて個々に判断しなければならないものであると認められるところ、Aの状態であっても報告例と対比して褥瘡発生を予防することは不可能ではなく、より濃厚、適切な看護によりその防止が可能であったことは十分推察できる。

しかし、当時の病院における看護基準は入院患者三名に対し看護婦一名、端数が出た場合は一名加えるという特一類がとられていたが、病院内科病棟には正看護婦、准看護婦を合せ約二〇名、外に看護婦見習い五、六名、看護助手三名が配置され、内科病棟ベッド九八床はほぼ満床の状態であって、看護業務は相当多忙であったことが認められる。《看護記録につき略》褥

瘡予防に最も効果的な体位の変換、清拭は自宅療養者のためにも指導により看護者が施しうる比較的容易なものであるから、右認定の勤務態勢上にあつて付添人の協力を仰ぎ、これにある程度その看護を委ねることはやむをえないものといわなければならず、直ちにこれを不当視することはできないのであつて、右の如き方法も含め、病院の医療担当者らはAに対し現状に相応する一応の褥瘡予防措置をとっていたことは十分推察できる。△円座につき略▽

昭和四九年一月七日から同五〇年一月四日までのAの詳細な病状等が証拠上必ずしも明確ではない関係上、Aについてどの程度の看護により褥瘡を完全に予防しえたかについては断定し難いが、Aの病状、栄養状態及び同人の年齢を勘案すると同人の褥瘡発生要因はかなり多く、悪条件を備えていたことが窺われ、しかも夫であるX₁の看護にもかかわらず、その発生をみたことも併せ判断するとAの場合予防のため必要な看護レベルは相当高度のものであると推測できるのであり、本件医療担当者らに対し努力目標としては格別、そこまでの法的義務を課することは妥当でないと思料する。」

控訴審においては、Aの褥瘡は防止可能であつた旨の証人の証言が契機となり、名古屋高裁は和解を勧告し、「被控訴人Y市は控訴人Xに対し控訴人の主張事実に基づく慰謝料として金一〇〇万円の支払義務あることを認める」旨の和解が成立した。

〔判例3〕重症結核患者の安静措置懈怠事件（大阪地判昭和三七年九月一日、下民集一三卷九号一八五二頁。大阪高判昭和四〇年八月一七日、判例時報四二八号六一頁） 少年H（一二歳）は肺結核のため、昭和二五年八月、Y市立少年保養所に入所したが、その当時から回復の可能性の極めて少ない最重症患者であつた。しかし、Hの担当医師は過失によりHの病状をそれほど重症とは考えず、安静保持に関して担当看護婦S、Mらに格別の指示を与えなかったため、Hにも他の患者と同様に、食事運搬・食器洗い・食器消毒・便器の後始末などをさせていたところ、病状は急速に悪化して回復不能の末期症状に陥つた。そこで、Hはその両親Xらの希望により同年十二月二四日に同保養所を退所したが、翌日遂に死亡してしまつた。Xらは、これは保養所の職員の不法行為によるものとしてYに使用者責任を追及し損害賠償を請求するに至つた。

一審の大阪地裁は、担当医師の指示に従つた保母および看護婦については過失なしと判断したが、担当医師についてはHに

対し絶対安静に必要な措置もとらず、耐性菌に対し必要なストレプトマイシンの投与の処置もとらなかったことを過失とし、それはHの病状を悪化させ死期を早めたとして、その雇い主のYに対し使用者責任を認め、損害賠償の支払を命じた（Xらは各自の慰謝料二〇万円のほか、Hの慰謝料四〇万円を各二分の一ずつ相続）。二審の大阪高裁も、ほぼ同様の判断の下に損害賠償（ただし、Xらの各自の慰謝料は夫々一〇万円と変更した）を認めた。なお、一審の大阪地裁は、看護婦の責任に関してはずつぎのように判示した。

「S、M両看護婦らは、一月二三日N担当医師から指示のあるまでHの食事運搬、食器洗い、食器消毒、便器の後始末等をしていなかったものである。しかしながら、同寮の担当看護婦は、付添人のない重症患者及び特に医師の指示のあった患者について、これらのことをするように命ぜられていたものであるところ、N担当医師は、Hを重症患者と考えておらず、また特に指示もなかったことは前記認定のとおりであるから、右看護婦らはHのため右の如き行為をしなかったのであるけれども、これをもって右看護婦らにはその職務について過失や懈怠があったということとはできない。」

〔判例4〕看護婦腸チブス感染死亡事件（大阪地判昭和十五年一月二〇日、新聞四七八六号三頁。大阪控判昭和十七年七月六日、新聞四七八六号七頁。大判昭和十七年一月二〇日、法学二二巻四二五頁） 派出看護婦Sは、I宅で昭和十二年二月一日より腸チブスの疑いのあるK（一〇歳・女兒）の看護に従事し、二日後弟T（七歳）も発病するや二人を隣家に移し、追加派遣された看護婦Qとともに看護に当たったが、同月二日に疲労と軽度の発熱のため同家を辞した。Sは三月九日腸チブスと診断され、五月二六日に死亡するに至った。Tは三月一二日ころ血液検査の結果腸チブスと判明、既に回復期にあった。Sの両親Xらは、SがTから腸チブス菌の感染を受けたのは保菌者隔離の機を失したことにより、それはTの主治医YがTの病気を胃腸性感冒と誤診して腸チブスの診断を下さなかったためであるとして、Y医師の不法行為責任を追及した。

一審は「Sハ看護婦ナルヲ以テ医学ニ関スル知識モ常人ヨリ深キコト勿論常ニ患者ニ接触シテ勤務スルモノナルカ故ニ病氣感染ノ危険モ多ク、從テ斯ル危険ヲ予防スヘキ注意義務モ亦常人ニ比シ自ラ加重セラルヘキモノト解スルヲ相当トスヘキ処、SハT等ノ看護中其ノ摂生上遺憾ノ点アリ、其ノ罹病ノ責任ノ一部ハ同女自身ノ不注意ナル摂生ニ存シタルト謂フヘク、同女

ノ蒙レル損害賠償額ノ決定ニ付テハ右過失ヲモ斟酌セサルヘカラス」として過失相殺を認めた。

二審は、Sの過失につき「主治医タルYカ腸チブスノ診断ヲ下ササリシ以上届出ヲ為ササリシハ寧ロ当然ニシテ之ヲ以テSニ過失アリト云フヲ得ス。手洗ノ消毒薬ノ備付アルニ拘ラスSカ罹病シタリトシテ直チニ同人ニ過失アルモノト断スルヲ得ス。其ノ他ニSノ不注意ニ因リ感染ヲ招キタルモノト認ムヘキモノナシ」としてこれらを否定した。

上告審は、「Sモ亦Tノ病氣カ腸チブスナルコトノ疑念ヲ抱キ居リ、看護料ノ如キモ一日金二円ノ支払ヲ受ケ且手洗消毒薬ヲ備ヘテ予防ニ資シ居リ《中略》SカTヨリ腸チブス菌ノ感染ヲ受ケタルハ保菌者隔離ノ機ヲ失シタルニ因ルモノニシテ右ハ原審認定ノ如ク仮リニTノ主治医タルYカ各種検査ヲ施行シ速ニ右罹患ノ有無ヲ察知シ適当ナル処置ヲ講スルニ付同人ニ過失アリシ為ナリトスルモ、尚腸チブスノ伝染ハ専ラロヨリスルモノナルコトノ性質ニ鑑ミル時ハ前示原審認定ノ如キ事情ノ下ニ於テハ看護婦Sニ過失ナシト云フヘカラス」と論じ、原判決に審理不尽理由不備の違法ありとし、Sに過失が認められる以上本件損害賠償につきこれを斟酌することが出来るものとして、原判決中上告人Y敗訴の部分を破棄した（確定）。

〔判例5〕病室移動中患者死亡事件（東京地判昭和五四年三月二七日、判例タイムズ三八三号一三〇頁。東京高判昭和五八年五月三一日、判例タイムズ五〇六号一六四頁） S（男性・三〇歳）は、昭和四八年八月一八日、Y₁病院でY₂医師により十二指腸穿孔と診断され、胃・十二指腸切除手術を受けたが、九日後の同月二七日、Y₂の指示によりSの病室が二階個室から三階の大部屋に変更され、Sが妻X₁の肩にすがって移動中、三階への階段を登りつめたところで突然意識を失い、同日午後死亡してしまった。そこで、Sの妻X₁、子X₂、母X₃らは、Sが右穿孔により心筋炎を起こし、それに長期間安静後の急激な体動が誘因となり急性心不全で死亡したとし、Y₂にはSの体力回復の程度を十分検討し、その時期・方法を慎重に判断して心臓への過度の負担を回避すべき義務の懈怠があり、Y₁病院はその使用者としての責任があるとして損害賠償訴訟を提起した。

東京地裁は、Xらの請求を認め、Y₁病院とY₂医師に対し各自三、三三一万円の損害賠償を命じた。看護については、「医師が開腹手術等を行った患者について手術後の看護をなすに当たっては、当該手術の経過に注意し適切な治療行為等をなし、その回復を計るべきことはもちろん、特に手術後の離床指導をなす際には、当該患者の病状から体力回復の程度を正確に把握し

てその時期方法等を指示すべきであり、急激な体動を与えることにより患者に悪影響を及ぼすことを厳に回避すべき注意義務を負うものと解する。《中略》二七日に、Sに対して初めて歩行が許可され（起座の許可はその二日前）、Sはこれから徐々に歩行距離を延ばしていくべき状態にあったものというべきであり、しかも当日Sは未だ十分な食事もできず、洗面所へも自ら行っていなかった状態であり、体力の回復は十分ではなかったにもかかわらず、いきなり階段を登ることを含む病室の移動を指示したことは、右経過から見れば、飛躍的に運動量の多い体動であって急激な体動を行わせたというべきであるから、右の指示は時期尚早の非難を免れず、被告Y₂には前記の注意義務違反の過失があったものと認めることができる」と判示している。

しかし、二審の東京高裁は、証言によって認められる右心室と左心室の区別と機能、これらにおける病変の存否、突然の意識喪失を起こす場合、体動による心臓への負担と心電図形との不一致に基づき、Sの死因に関する右解剖医の診断が誤っているとし、逆に、その死因が肺塞栓症とすれば、剖検結果や心電図等の所見が合理的に説明できるもので、この疑念を払拭し去ることはできないと判断し、原判決取消、被控訴人Xらの請求を棄却した。

〔判例6〕クッシング病患者の遊戯療法負傷事件（水戸地判昭和五〇年五月二八日、判例時報八〇一号八〇頁） クッシング病と脳幹障害でY県立T病院精神科に入院中の患者X（男性）は、昭和四六年一二月二三日、T病院運動場で数名の入院患者らと遊戯療法としてボール遊びをしていたところ、それに加わった看護婦Uとボールの取り合いとなり、二人一緒に転倒したことにより、Xは左橈骨遠位端骨折等の傷害を受けた。そこで、Xは、本件事故は、担当のS医師がクッシング病患者の骨折しやすい特質を考慮して患者に適切な指導をし看護婦にもその指示をすべき業務上の注意義務があるのにこれを怠り、漫然とボール遊びをさせた過失によって発生したとし、民法七一五条による使用者責任を主張して、Yに対し二〇〇万円の損害賠償を請求した。

水戸地裁は、担当のS医師がクッシング病患者の骨折しやすい特質を考慮し、自分自身または看護婦を通じてXに適切な指導をすべき注意義務があるのにこれを怠り、漫然とボール遊びをさせたことを過失と判断したが、その違法性は、つぎのよう

な理由で阻却されるものとして、Xの請求を棄却した（控訴）。

「Xは精神神経治療と社会復帰訓練のために入院中とはいいながらほとんど社会復帰の態勢も整い、退院を間近に控え、退院後の就職先も決定しておりその精神能力ないし判断能力についてもほとんど通常人と差がなかったこと、本件事故の原因となったボール遊びについても、多分にレクリエーション的な要素を含め、遊戯療法のひとつとしてなされたものではあったが、Xのような患者にとっては運動や遊戯そのものよりもむしろ広い戸外の空気を吸うことに大きな意味があり、従って、担当医師としては戸外でのボール遊びなどのスポーツまたはゲームにXのような患者が参加することを強制せず、その参加、不参加は専ら患者自身の自由な判断で決定できることが認められる。右認定事実によればXは前記の如き正常適確な判断をなしうる能力と自由とを有していたものというべきである。

しかして、本件加害行為はボール遊びというゲームのルールないし作法に照らし、社会的に許容される行動であり、かつ、ボール遊びに付随することが通常予測されるものであることは前記認定によって十分に認められるのみならず、《証拠略》によれば、Xの本件受傷は低度の機能障害が残る程度のものであって重症ではなく、社会的に容認される限度内にあることが認められる。

以上によれば、本件加害行為の違法性は阻却されるものというべく、Yの違法性阻却の抗弁は、その理由がある。」

(一) 学校保健法一九条、学校教育法二八条、教職員免許法五条（別表第二）など参照。

(二) 「無医地区保健指導事業の実施について」（昭和四七年一〇月九日衛生第六一五号公衆衛生局長通知）、「離島における保健指導事業の実施について」（昭和四八年四月一二日衛発第二一二号公衆衛生局長通知）は、保健指導・衛生思想の普及・疾病予防の指導など本来の業務のほかに、傷病者の療養指導や「緊急の患者が発生した場合には、他の医療機関との連絡、医師の指示による処置にあたること」なども保健婦の業務としてあげている。

(三) 福見秀雄編『病院内感染』（医学書院、昭和五〇年）三一九頁参照。

(四) 高田利広『看護の安全性と法的責任「第七集」』（日本看護協会出版会、昭和六一年）五五頁。

(五) 石井トク「看護婦と医療事故」看護学雑誌五〇巻八号（昭和六一年）八七四頁。なお、加藤良夫・松村悠子「褥瘡裁判

と看護婦の責任」年報医事法学三号（昭和六三年）三三頁も参照。

（六）高橋政棋編『医事典範』（メディカル・プランニング、昭和五五年）一六五頁。

（七）薬剤師法二三条二項・二四条など参照。

（八）松倉豊治「看護業務と医事紛争Ⅹ——療養上の世話」外科治療三二巻一号（昭和四九年）一〇一頁。

（九）井上幸子『看護業務——その法的側面』（日本看護協会出版会、昭和六〇年）四三頁。

（一〇）院内感染については、後に「環境管理」の節で詳述する。

（一一）北浜睦夫編『医療事故の予防と対策』（金原出版、昭和五七年）三四二頁（温井みさ）、小堺堅吾『看護事故の法律常識』（学習研究社、昭和五九年）一二三頁参照。

（二）経過観察

（１）観察方法と医師の指示

看護業務における観察には、(イ)患者の診療を有効ならしめるための重篤な患者の症状観察や手術後の状態観察と、(ロ)患者のニーズを知るための生活的側面の観察や病室・病床がその患者に適切な環境であるかの観察とがある。^(二)(ロ)の観察は、看護婦独自の立場からすすめることができようが、(イ)の観察は、診療行為と密接に関連しているため、医師の指示を受けることを要する場合が多いものと思われる。判例には、術中または術後の経過観察が問題となったものがあり、いずれも観察方法について医師が具体的指示をすべきであったとして医師の過失が認定された例である。

(a) 医師の観察方法指示の義務 患者の経過観察が適切に行われるように、医師は看護婦に観察方法を具体的に指示しなければならない。〔判例7〕は、下痢で入院した未熟児の脱水症状・貧血状態の改善のため静脈切開法

による点滴実施途中で付添人が輸液の漏れを発見して知らせると、看護婦はその状態を観察し、右足首の水泡と包帯の漏れを認めて医師に報告したが、医師は点滴の続行を指示し、翌日付添人が大腿部の腫れに気づき看護婦に医師への連絡を依頼したが何の措置もとられずに数時間経過したため、右下肢が壊死状態となり切断するのやむなきに至った事例である。判決は、乳幼児の場合は本人からの自覚的症状の訴えを期待することが困難であるから客観的症状に細心の注意を払うべきであり、もし医師が患者の症状を自ら確認する時間的余裕がないのであれば「看護婦に対して患者の右下肢の状態の観察方法について具体的な指示をすることによって、異常症候の発生を見逃さないようにさせるべきであった」として医師の過失を認めた。また、「判例8」も、出産の際に頸管裂創が生じ多量の出血があった産婦につき、医師は縫合処置を施し止血したと判断し、その後の看視を見習看護婦に任せたところ、翌日大出血により産婦が死亡するに至った事故で、異常分娩の知識も経験も乏しい見習看護婦に後事を託し、翌朝同人からの連絡があるまで医師または熟練した看護婦による回診・看護をせず、「右見習看護婦に対しても、頸管裂創縫合後の患者として特に留意すべき諸点について格別注意を与えない」ため、正常出産の産婦に対するのと同様の取扱をしたのであり、被告医師には術後観察の注意義務を怠った過失があると判示した。

医師は看護婦に経過観察の指示を与えたが、むしろもう暫く自ら観察を継続すべきであったとされる場合もある。「判例9」は、胃重全剥手術後一五分後に気管内の酸素送管を抜き半覚醒の状態を確認し五分間看護した後、看護婦に病室への搬送と看護を指示したところ、搬送中に患者に異常が生じ、病室に移って二〇分後に死亡した事故において、「医師が、患者は抜管後少なくとも約一〇分間は呼吸不全を起こす可能性が強いのにこれに十分配慮せず、わずか五分にして患者を看護婦のみの看視下に置き、救急措置設備の十分でない病室に帰室せしめた」ことを医師の過失として病院の債務不履行責任を肯定した。

(b) 医師の指示による看護婦の観察義務 看護婦が医師の指示に従って患者の経過観察をしたが、その指示自

体が不十分であったために患者の容態が悪化するということもある。そのような場合は看護婦の責任ではなく医師の責任となる。「判例10」は、転倒して頭部を強打し医師に軽い脳挫傷と脳浮腫であると診断された男児患者が、経過観察のため入院中に硬膜外血腫で死亡した事故で、医師には初診時に脳挫傷等と誤診して十分な経過観察をせず適切な治療を怠った過失があり、看護婦にも患者の経過観察を怠った過失があるとして訴えを提起された事例である。判決は、血腫の疑いがあったのだからそれを念頭において十分な経過観察をすべきであったとして医師の過失責任は認めたが、看護婦の責任については、医師から、絶対安静と氷あみ法を指示されたのみで「その診断名や経過観察についての具体的方法に関し、何らの指示もされていなかった」こと、その後数回、患者の脈搏及び呼吸状態に関する観察をし、患者の頭痛の訴えを医師に連絡してその指示を仰ぎ、観察の結果異常のない旨報告していることを指摘し、「看護婦は医師の指示の下に看護をしていることを認めることができる」ので、経過観察の義務違反があるとはいえないとして責任を否定した。後掲「判例46」も、看護婦が、担当医の指示どおりに看護に当たり、患者の病状を注意深く観察していたので、注意義務は尽したものとしている。

(2) 看視体制

病院においては、患者の病状が急激に変化する虞のない場合でない限り、患者の病状の変化に対していつでも即応できるような態勢をとっている必要がある。この点に関し、麻疹肺炎で入院中の幼児が夜間に容態が急変したのに主治医が不在のため診療を受けられず死亡するに至った「判例11」の判決が、「およそ患者を入院させた以上は、医師としては、患者の容態が急変する恐れがない場合を除いては、患者の如何なる容態の変化があってもこれに即応して適切な処置をなしうる態勢を整えておくべき義務がある」という一般論を展開しているのは、もっともなこ

とである。患者に対する看視体制については、直接患者を看視している場合もあれば、看護婦詰所においてモニター機器によって看視している場合もあり、また二四時間看視体制のことがあれば時々巡回する体制のものもある。そのいずれによるべきかは疾病の種類、病状の重篤性、危険発生の予想頻度などによって決るものといえよう。^(三)

(a) 看視とナースコール等の使用 看視の必要な患者に対し、直接看視をせずにナースコール等まかせにしておいたため、またはナースコール等の使用方法の指導をしてないため、容態悪化の発見が遅れるようであれば、病院側の責任は免れないことになる。たとえば、「判例12」は、妊娠五か月の妊婦の人工妊娠中絶のため、医師が陣痛誘発法を施して胎児を排出したが、術後十数時間ほどの間に容態が急変して死亡するに至った事故について、手術後数時間ほど「患者をベッド枕許にあるインターホン利用にまかせっきりにし、医師、看護婦らによる看視・観察をしなかったことは無責任体制であり」、その後も、注入中のリンゲル液がなくなった時には連絡するように付添人に注意しただけで医師と看護婦は病室をひきあげ、付添人が呼吸停止している患者を見つけて連絡するまで約二時間も何の看視体制もとっておらず、「医師の患者に対する管理体制に注意義務懈怠のそしりは免れない」と判示した（ただし、患者本人が容態悪化の連絡を怠り付添人も寝入って看視を怠ったことを患者側の過失として一部過失相殺を認めた）。また、「判例13」は、早朝に陣痛を覚えて入院した妊婦が、当直医の指示で付添人を帰し、配膳された朝食をひとりでとろうと起き上がった際、急に産気づき中腰のまま下着中に娩出したが、ナースコールが見当たらずに三〇分ほど経過したため、分娩児が重度の脳性麻痺に罹患するに至った事故について、付添人に帰宅を指示し、ナースコールブザーの説明もせず、妊婦をひとり放置していたのは、陣痛を覚えて入院した妊婦に対する措置としては不十分な看視体制であったとして病院の責任を認めた（ただし、本人が分娩後下着を押さえていた行為は脳性麻痺の重篤化に寄与したとし、その寄与部分は不可抗力とされた）。

これらは、陣痛を覚えて入院してきた出産直前の妊婦で異常分娩等の危険があるとか、妊娠中絶手術後で術後出血等のおそれがあるなどのため、患者を常時看視または頻回巡視を要する場合であったといえるが、いつも頻回巡視ないし常時看視の体制が要求されるわけではない。

(b) 看護観察の程度 患者の看護観察の程度について、看護実務では、A〔常時観察を必要とする〕、B〔断続的に観察を必要とする〕、C〔継続的観察は必要としない〕の三段階に分けて、その段階ごとにそれに相応しい観察をするように指導しているようである。^(三)判例をみると、同じ産婦人科手術後十数時間での死亡事故であるが、術後の観察につき〔判例12〕は二時間も付添人任せで看護婦等の巡回がなかったことを注意義務違反とし、後掲〔判例20〕は一時間ごとに看護婦が巡回して観察していたことで看護方法に過失なしとしている。右のA段階からB段階への移行期の観察に当たると思われる。また、前掲〔判例10〕は、二時間内に数回にわたり巡回観察していたことを指摘して看護義務違反はないとしている。

患者の症状が急変を予測させるほどのものでない場合は、頻回巡視ないし常時看視の体制は要求されない。〔判例14〕は、頭血腫の切開手術を受けた生後一週間の乳児に看護婦が夜間に授乳し二時間半ごとに巡視したほか仮眠している間に、乳児が死亡するに至った事故において、原告が、こうした状況では習熟した看護人による常時看視体制をとり、詳細な観察記録を作成するなどして急変に備えるべきであったのに、これを怠ったため症状の変化の発見が遅れ、適切な治療をすることができなかったと主張した事例であるが、判決は、「体調の急変を予測させるような特段の異常は何も見られなかったことからすれば、右主張のような急変に備えるための常時看視体制までをとる必要があったものとは認めがたい」としてその主張を否認した。〔判例15〕においても、気管支炎で入院した女児患者が夜間に鼻出血・吐血を起しITPまたはDICに基づく胃腸管出血による気道閉塞で窒息死した事故

において、看護婦の看視義務の懈怠が争点になったが、判決は、「患者の容態の急変を予見しうるような事情はないから、祖母が常時付添っていて容態に異常があれば直ちに看護婦に連絡される体制がとられている以上、さらに看護婦が常時患者を看視しなければならない義務があるとはまではいえない」とした。また、「判例16」は、心筋梗塞を発症して入院した患者が、CCU（冠動脈患者特別診療システム）で抗不整脈剤・強心剤等の投与を受け、症状が改善したので一般病室（個室）に転室していたが、一〇日ほどして呼吸停止により死亡した事故において、原告がCCUでの治療・看護継続義務、看護婦の頻回巡視義務などの懈怠を主張した事例であるが、判決は、医師に治療義務違反はなく、看護・看視体制についても「その巡視の間隔（一時間ないし二時間ごと）、担当者数、勤務時間の長さなどの点において夜間の巡回及び点検体制として特段不相当であるとすべき点は認められず、また、前記の一般病室に収容されている間の患者の症状に照らし、右巡回及び点検を一般的な取扱よりも特に強化、充実すべき事情の認められない本件においては、この点についての被告病院の措置を不当と認めることはできない」と判示している。

(c) 看護看視義務と診療体制 看視体制における看護婦の注意義務については、病院の診療および看護の全体制の中においてその適否を判断すべきである。「判例17」は、気管支喘息と心不全の疑いで夜間に入院した女児患者が、点滴を受け経過観察に付され、容態観察については当日の夜勤看護婦の巡回に委ねられたところ翌朝呼吸停止しているのが発見された事案において、容態看視体制の不備も争点となったが、判決は、入院患者三四名（うち新生児一八名）に医師一名、看護婦二〜三名（うち新生児担当一〜二名）といった本件病棟の夜間診療体制の下では、本件患者の病状を「継続看視する体制」をとることは不可能であり、看護婦が三〇分ないし一時間ごとに巡視して医師の指示事項を実施したうえ、指示事項以外に患者の水分出納に注意を払っていたことに照らし、看護婦の

巡視は不十分とはいえないと判示した。これは、看視義務の適否を診療および看護の全体制の中において総合的に判断したものとして評価できる。

さらに、看視体制における注意義務は、看護婦の資格、地位ないし役割をも考慮して判断しなければならない。この点について、前掲「判例13」が、妊婦に対してナースコールブザーの位置の説明を十分にせず、ブザーがベッドの外側に落ちないようにする措置もとらず、また妊婦に対して下ばきを脱ぐよう指示しなかった看護婦の行為を過失としうるか否かは、病院の診療、看護の全体制の中で考察しなければならず、とくに同被告が「医師ないし看護婦の指示の下に行動すべき准看護婦であった」点に照らすと、本件事故に対する予見義務ないし結果回避義務が存したと断ずるに十分な事情は認められないと判断したことは、妥当と思われる。

(3) 患者の愁訴に対する対応

苦痛その他の異常に関する患者の訴えを、どの程度に聞き入れて、どのような対応をすべきかは、看護に当たる者の迷う点であろう。患者の主観的訴えとその患者の客観的容態との隔たりは、患者の性格や感受性によってさまざまに異なっているからである。したがって、看護婦は、患者から訴えがあった場合には、まず、患者の様子を冷静に観察してその客観的容態を的確に把握しなければならない。ついで、患者の訴えがその客観的容態と著しく隔たっている場合にも、単に冷たくあしらうのではなく、患者の疑問に答え、その不安や恐怖を取り除いてやるような対応が望まれるのである。

患者の苦しいとか、死にそうだという訴えを、軽く聞き流して時間が経過している間に病状が悪化して死亡するに至った事例として、つぎのようなものがある。「判例18」は、腰椎麻酔のもとで虫垂摘出手術を受けた患者が鼻がつまって苦しいといい、付添人がそのことを再三看護婦に伝えたが、「大丈夫ですよ」、「放っておいた方がいい

でしょう」と取り合わずにいたところ、患者がショック状態に陥って死亡するに至った事故において、判決は、麻酔の副作用に対する対策の点で医師の過失を認め、また術後管理については、「看護婦には患者側から呼吸抑制の症状をうかがわせる訴えがあったにもかかわらず、その意味するところについて慎重な配慮をすることなく、かつそれに対して適切な処置をとらなかった点において過失があったというべきである」として医師と看護婦の術後管理の過失を認定している。

また、「判例19」は、帝王切開手術を受けて出産した産婦が、手術の約一〇分後に看護婦二人に両脇から抱えられて病室に移されたが、看護に関する注意は指示されず三〇分後に患者が「出血がひどく苦しいから医者を呼んでくれ」と訴え、付添人がすぐ看護婦にその旨を告げたが、看護婦は「出産の後は出血するものです」と答えたのみで一五分ほど経過し、患者が再び「死にそうだから先生を呼んで」と訴え付添人が看護婦にその旨を告げたため、医師がかけつけて酸素吸入等の措置をしたが、三時間後に出血多量により死亡してしまった事故で、判決は、「手術終了後、一五分位後になっても、医師および看護婦は積極的に患者の血圧、脈搏等を観察する措置をとっていないこと、容態の急変を聞いて病室に来た医師は、患者の出血状態を確かめることもなく、輸血は全くしていないことなど、医師は本件帝王切開にあたり、術前術後において医師として現代医学上当然とるべき適切な処置をとったとは到底言えない」と判示した。そのほか、虫垂摘出手術後に患者が三時間ほどで死亡した事故につき、後掲「判例25」は、スレトッチャーで病室への搬送途中「苦しい、声が出ない」などと訴えて悶え苦しむ態度を示したのに、看護婦が何ら医師の指示を求めることもなくそのまま病室へ搬送したことは、適切を欠く処置であったとしている。これらは、いずれも診療契約に基づく債務不履行責任を認め、医師に損害賠償を命じた事例である。

〔判例7〕 血行障害の処置遅滞事件（岡山地判昭和五三年三月二十九日、判例時報九〇三号八一頁） 昭和四八年四月二十五日、

下痢でY₁病院に入院したX₁（生後二月・未熟女児）は、脱水症状・貧血状態の改善のためカットダウン（静脈切開法）による点滴を受けることになり、五月二日午後三時半、Y₂医師により右下肢大伏在静脈切開、チューブ挿入がなされ、四時二〇分から自動ポンプを用い流入速度二〇cc/h、輸液二〇〇ccの点滴が開始された。午後八時と一〇時に付添いの父親X₂が輸液の漏れを発見して知らせると、看護婦はその状態を観察し、午後一〇時には右足首に約1mmの水疱二個、午後一二時には包帯の濡れを認めて、その都度Y₂に報告したが、Y₂は点滴の続行を指示した。翌三日午前四時、母親X₃がおむつ交換の際に大腿部の腫れに気づき看護婦にY₂への連絡を依頼したが、何の措置もとられなかった。午前八時、看護婦がX₁の陰部および右下肢全体の腫れと切開部位からの輸液の漏れを認め、九時二〇分Y₂に連絡し、その指示に基づきカットダウンを除去したところ、下腿部には水疱ができ足首から先は紫色に変色していた。温湿布、マッサージ、血栓溶解剤の輸液などの治療をしたが、右足が壊死状態となり右下肢のリスフラン関節線で切断するのやむなきに至った。X₁・X₂・X₃らは、Y₂医師と使用者Y₁病院の連帯責任を主張し、一、〇〇〇万円（X₁に九〇〇万円、X₂・X₃に各五〇万円）の損害賠償を請求した。岡山地裁は、つぎのように論じてY₂医師の過失を認め、Y₁・Y₂らは連帯してX₁に対し七〇九万円の損害賠償を支払うべきことを命じた（確定）。

「医師は、乳幼児に対しては、本人からの自覚的症状の訴えを期待することが困難なのであるから客観的症候に特に細心の注意を払うべきである。そして、担当医師が患児の身体に何らかの異状が発生したことを告げられた場合には、異状の発生原因が明白であって、それに対して執るべき処置が疑問の余地がない程度に確定しており、看護婦等の医療補助者でも適切に処置し得るというような特段の事情がない限り、直ちに若しくは相当な時間内に、自ら患児を診察するか、又は他の適任と思われる医師に診察させるかして、適切な処置を施すべき注意義務を負っている。△しかるに▽Y₂は担当看護婦から報告を受けていたにもかかわらず、自らX₁の症状を確認しなかったのであるから、Y₂が乳幼児であるX₁の症状に細心の注意を払ったということではできない。△中略▽もし、Y₂がX₁の症状を自ら確認する時間的余裕を得ることが困難であったとすれば、看護婦に対してX₁の右下肢の状態の観察方法について具体的な指示をすることによって、異常症候の発生を見逃さないようにさせるべきで

あった。」

〔判例8〕分娩に伴う頸管裂創縫合処置後の監視継続懈怠事件（東京地判昭和四八年九月二六日、判例時報七一九号五二頁）
X₁の妻Aは、昭和四二年六月七日、Y₁経営の医院においてY₂医師の介助のもとにX₄を出産したが、その際に頸管裂創が生じ約四〇〇gの出血があったので、Y₂は縫合処置を施し一応止血したと判断し、その後の監視を見習看護婦Kに任せたところ、翌日（分娩後約一一時間経過）大出血がありAが死亡するに至った。そこで、Aの夫X₁、子X₂・X₃・X₄、父母X₅・X₆らは、Y₂の不法行為責任とY₁の使用者責任（予備的に債務不履行責任）を追及して、一、七七五万円の損害賠償を請求した。東京地裁は、頸管裂創縫合処置後の監視が不十分であったとしてY₂の不法行為責任とY₁の使用者責任を認め、七五一万円の損害賠償を認めた（控訴）。

「同日午後一一時三〇分ころ、異常分娩についての知識、経験ともに乏しく見習看護婦に過ぎない前記Kに後事を託して引きあげ、翌朝同人からの連絡に依じてかけつけるまで、一度も医師又は熟練した看護婦による回診、看護はなされなかったばかりか、被告Y₂は右Kに対しても、頸管裂創縫合後の患者として特に留意すべき諸点について格別注意を与えず、被告Y₂の補助者であるKも約二時間に一回程度悪露交換を行い、夜半に一回血圧および脈搏を測定しただけで、正常出産の産婦に対するのとは同様の取扱をしたにすぎないものであるから、結局前記日時に被告Y₂が立ち去った後においては、Aに対し、頸管裂創縫合後の患者に対するものとして観察すべき前記諸点につき十分監視は行われておらず、かつ、これを可能にするような人的態勢もとられていなかったものといわざるを得ないから、被告Y₂には前示注意義務を怠った過失があるものと断ぜざるを得ない。」

〔判例9〕胃垂全剝手術後病室搬送中死亡事件（福島地会津若松支判昭和四六年七月七日、判例時報六三六号三四頁）
A（三九歳・男性）は、Y県立I病院で胃の精密検査およびT医師によるレントゲン検査を受けた結果、早期癌の疑いがあるとの診断が下され、昭和四〇年一二月一七日午後、M医師の執刀により胃垂全剝手術を受けた。手術は午後四時三〇分ころ終了

し、しばらくしてM医師は、Aの呼吸が十分深く規則的であり、呼べば眼瞼を開き、口を動かし、半覚醒の状態にあることを確認したうえ、午後四時四十分ごろ酸素を送入していた気管内の管を抜き、気管内および口腔内の分泌物による異常のないことなどをみながら、約五分間Aを手術室で看護した後、看護婦に病室までの搬送を指示した。搬送の指示を受けた看護婦SとHは、輸送車に敷布団、シーツ、ゴム敷布を敷き、湯タンポを入れて、Aを乗せ、毛布を掛けて手術室から途中エレベーターを利用して、合計八四メートルの廊下を経て病室に午後四時五十分ごろ着いた。病室後直ちにベッドに移し、Hはマスクにより酸素吸入を施し、Sは血圧と脈搏を計ったところ、血圧一一〇／七〇、脈搏三六で徐脈となり、口唇および爪にチアノーゼが現出しており、Aの容態に異常がみられた。直ちにM医師に連絡し、その指示により、アトロピン、ビタカンファを注射した。やがて同医師も病室にかけつけたが、Aはすでに呼吸停止し、脈もほとんど感じられない状態にあった。瞳孔はまだ散大していなかったため、種々の救急処置を試みたが、午後五時一五分急性心不全により死亡するに至った。摘出した胃の病理検査の結果、癌の発生は認められず胃炎であったことが判明した。

そこで、Aの遺族Xらは、Y県を相手として、M、T両医師には、①胃カメラ検査等の精密検査の懈怠およびレントゲン写真の読み違いなどにより胃炎を胃癌と誤診した、②使用すべき麻酔薬を誤り、医師の資格のない者に麻酔を担当させた、③手術直後の体力回復のための休養が短時間で不十分であり、容態急変に備え医師が付き添うこともせず、手術直後の患者を零下二度の寒いながい廊下を通して病室へ運ばせた点にも無理があり、患者が重態に陥った際には酸素ボンベの準備がわるく人工酸素吸入が遅れるなど手術後の患者管理に手落ちがあった、④手術後に起きうる事態につき患者および家族に対し説明すべき義務があるのに怠ったことなどの過失があると主張して、主位的に診療契約の債務不履行、予備的に不法行為（使用者責任）に基づき、七〇三万円（Aの逸失利益三二六万円、Aの慰謝料九〇万円、葬式費用一〇万円、慰謝料は父・妻各五〇万円、同子二人各三〇万円、弁護士費用一一七万円）の損害賠償を請求した。

福島地裁会津若松支部は、M医師らがレントゲン写真およびガストロテストの結果、胃前庭部に腫瘍があり早期癌の疑いありと診断し、その根治方法として剔除手術を選んだことに責むべき点はなく、手術の方法・手順・麻酔など術前術中の諸処置

に落度はないとして、①・②の主張を認めず、④の点も問題がないとしたが、③の手術後の患者管理については、つぎのように論じ、M医師に過失があったとして、Xらの請求を一部認容し、五三三万円（父一十一万円、妻一九二万円、子各一六〇万円）の損害賠償の支払を命じた（控訴）。

「喉頭けいれんは麻酔から覚醒し、神経、筋系の機能が回復しかけた時期に起こるが、実際的には抜管直後あるいは抜管後約一〇分ごろまでの間に起こること、また舌根沈下も覚醒期に起こるが下顎骨の沈下に伴って起こるので喉頭けいれんよりも深い麻酔状態で起こるが、麻酔の覚醒期には刺激に対して正常に近い反射を示しても刺激に反応した直後には深い眠りに陥ることがあるという不安定な状態がみられ、この時期に舌根沈下が起こることがあること、ところでM医師はAの気管内に挿入した管を抜いた後約五分位して病室への搬送を命じその五分後には病室に搬入され、その直後にすでに徐脈、チアノーゼがみられたのであるから右指示後帰室までの間に喉頭けいれんもしくは舌根沈下が起こった可能性が強いことが認められる。△証拠判断略▽

そうすると、M医師が呼吸停止に配慮して右抜管の時期の判定は非常に困難なことであるとしながら（△証拠判断略▽によって認める）抜管後少なくとも約一〇分間は右呼吸不全を起こす可能性が強いのにこれに十分配慮せずわずか五分にしてAを看護婦のみの監視下に置き、救急措置設備の十分でない病室に帰室せしめたことは、前記治療契約上の履行にあたりAの死亡に対して責に帰すべき事由がなかったものと認めることはできない。」

〔判例10〕硬膜外血腫患者の経過観察懈怠事件（岡山地判昭和五八年八月三十一日、判例時報一〇九九号一一六頁） T（九歳・男児）は、昭和五一年九月一九日午後六時舗装道路に転倒して頭部を強打し、救急車でY₁経営の病院に搬送され、Y₁医師により軽い脳挫傷と脳浮腫であると診断され、経過観察のため入院中、翌日午後六時硬膜外血腫で死亡した。Tの両親のXらは、Y₁が初診時に脳挫傷等と誤診して十分な経過観察をしなかったため適切な治療を行うことができないまま死亡させたとし、Y₁に対し債務不履行または不法行為を理由に、三、六二〇万円の損害賠償を請求した。担当の准看護婦Y₂に対しても、Tの経過観察を怠った過失を理由に六〇〇万円の損害賠償を請求した。

岡山地裁は、初診時における症状は明確に硬膜外血腫と断定できるものではなく、脳挫傷等と診断したこともやむをえなかったが、血腫の疑いもあったのだから、それを念頭において十分な経過観察をすべきであったのにこれを怠ったとしてY₁の過失責任を認めた。また、十分な経過観察をしていれば、九月二〇日ころまでには硬膜外血腫の蓋然性が高いと判断し、緊急開頭手術によりTの死亡を防げたはずだとして因果関係も肯定し不法行為責任を認めた。ただし、転医措置等に時間を要して予後は必ずしも良好であったとはいえないとの理由で、損害額の六割についてのみY₁の賠償責任を肯定した（一、九四三万円）。Y₂の責任については、つぎのように論じてXらの請求を棄却した（確定）。

「Y₂はTの症状につき軽い脳挫傷とこれに伴う脳浮腫と診断してその入院を指示したY₁から、その際、絶対安静と氷あんな法を指示されたのみであって、その診断名や経過観察についての具体的方法に関し、何らの指示もされていなかったことが認められるところ、Y₂はその後、一九日午後八時ごろから同日午後一〇時ごろまで数回、Tの脈搏及び呼吸状態に関する観察をし、その間X₂によるTの頭痛の訴えをY₁に連絡してその指示を仰ぎ、同日午後一〇時三〇分ごろには右観察の結果Tに異常のない旨報告している。以上の事実によれば、Y₂はY₁の指示の下に看護をしていることを認めることができるのであり、したがって同Y₂に前記義務の違反があるとはできない。Xらは、Y₂にTの意識状態、運動麻痺及び瞳孔異常等硬膜外血腫の診断に必要とされる経過観察をすべき義務のあることを主張し、Y₂自身も頭部打撲患者の看護の経験を有し、頭部外傷に関する知識がある程度有するところから、Tの症状につき脳浮腫や頭蓋内血腫を予想した旨供述するけれども、Y₁の指示に著しく違反したという場合はともかく、Y₁自身が硬膜外血腫について高度の疑いを持たなかった本件において、その指示を超える看護（経過観察）を要求することは失当というべく、Xらの右主張は採用することができない。」

〔判例11〕 麻疹肺炎幼児の夜間容態急変死事件（名古屋地判昭和五九年三月一五日、判例時報一一三四号一二〇頁） 昭和五四年三月一三日に麻疹による発熱のためY₁病院に入院したA（一歳一月・男児）は、Y₂医師の診断により、麻疹肺炎に罹患し軽度の脱水症状を起しているとして、抗生物質、解熱剤等の内服薬の投与を受けていたが、三月一六日には内服薬を吐いてしまうようになり、高熱を発し、衰弱状態となった。付き添っていた母X₂が看護婦に対しY₂医師の診察を求めたが、Y₂が不

在であるとの理由で診察が受けられず、翌三月一七日朝のY₂の回診時には既に細菌性肺炎に罹患しており、同日午後四時頃に死亡するに至った。そこで、Aの父X₁と母X₂は、①看視が不十分で二次感染を招き、②脱水症状の処置が不適切で悪化させ、③二次感染防止のための抗生物質の投与が不十分であり、④三月一六日夜のAの症状に対し適切な処置を怠ったと主張して、Y₁らに対し不法行為(Y₂は民法七〇九条、Y₁は民法七二五条)に基づいて四、〇三六万円(逸失利益三、〇三六万円、慰謝料一、〇〇〇万円)の損害賠償を請求した。

判決は、①ないし③を否定したが、④については、つぎのように論じてY₂の過失を認め、Y₁らに対しX₁らに一、七九〇万円(逸失利益一、一九〇万円、慰謝料六〇〇万円)の損害賠償を支払うべきことを命じた(控訴)。

「入院は患者を常時病院の保護の下に置くものであるが、その主要な目的は患者の容態の変化に即応して適切な処置を取ることにある。したがって、およそ患者を入院させた以上は、医師としては、患者の容態が急変する恐れがない場合を除いては、患者の如何なる容態の変化があってもこれに即応して適切な処置をなしうる態勢を整えておくべき義務があるものといふべきである。《中略》麻疹そのものは特に恐れる程の病気ではないが、四〇度近い高熱が数日間続くことによる体力の消耗のため細菌感染を受けて重大な結果を招来することがあり、医師にとっても決して油断できる病気ではないことが認められる。Aは、肺炎を併発していて麻疹として重度であったこと、また抵抗力の弱い一歳一か月の幼児であったことから、通常の麻疹患者に比べて細菌感染を受ける危険性が高かったのみならず、三月七日に発熱してから八日目の三月一五日の夜にも三九度の高熱があり、更に三月一六日になっても治癒に向うことを示すような徴候は認められなかったのであるから、本件は患者の容態が急変する恐れがない場合とは到底言えなかったのである。したがって、本件の場合にY₂としては、Aの容態の急変に即応しうる状態を常に維持しておくべきであり、外出する際にも看護婦に連絡先を知らせておくか、他の医師に患者への処置を取れるよう依頼しておくべきであったと考えられる。」

〔判例12〕妊娠中絶後看視義務懈怠事件(福岡地判昭和五二年三月二九日、判例時報八六七号九〇頁) 妊娠五か月のH(二〇歳)は、人工妊娠中絶のため昭和四八年一月一五日Yの医院に入院した。Y医師は自然分娩に近い方法を選び、一六日

からヘガール拡張、ブジー挿入、ラミナリア挿入、塩酸キニーネ・ヒマシ油の投与などによる陣痛誘発法を施し、二〇日午前
一〇時三〇分胎児を排出したが、同日午後一〇時Hの容態が急変し、翌日午前三時二〇分に死亡するに至った。Hの父母 X_1 ・ X_2 は、Yには①術前の全身状態検査の懈怠、②方法選択の不注意、③副作用についての不注意、④術後の患者看視体制の懈怠
などを主張し、Yの債務不履行責任を追及した。

福岡地裁は右の②・③を否定し①・④を肯定した。因果関係は、 X_1 ・ X_2 の拒否によりHの解剖がないので明確にすることが
できないとしたうえ、ある不法行為がなければある結果も生じなかったかもしれないという蓋然性がある場合に、十分な患者
管理による診察・治療を期待していた患者がその期待を裏切られたことにより予期せぬ結果が生じたのではないかという精神
的打撃を受けたときは、期待権の侵害を理由に慰謝料の請求も可能だと論じ、Yには損害賠償義務があるとした。ただし、H
本人が容態悪化の連絡を怠ったこと、付添人T（Hの愛人）が看視を怠り寝入ったことを、患者側の過失として過失相殺を
し、慰謝料一〇〇万円の限度でYの責任を認め、 X_1 ・ X_2 に各五〇万円を支払うよう命じた（控訴）。看視体制については、つぎ
のように論じている。

「従って同日午後五時半頃から九時半又は一〇時頃までの四時間余の間にHの容態は急変したことになる。中期妊娠中絶の
危険性がかなり高いこと、一般的に手術後の患者の容態の急変はよくみられるところであり、しかもHには付添人はその間誰
もいなく、このことはY側も十分知っていたと認められること等に思いめぐらすと、四時間余の間にわたり、患者をベッド枕
許にあるインターホーン利用にまかせっきりにし、医師、看護婦らによる看視、観察をしなかったことは、患者側にまかせっ
きりの無責任体制であり、医院側と患者側という専門家と素人の差を考慮しない杜撰なあり方と非難されてもやむをえない。
《中略》二二日午前一時頃YとA看護婦は病室にHとT二人を残してひきあげ、その際二本のリンゲル液をHに注入中であっ
たのに、リンゲル液がなくなった時には連絡するようTに注意しただけであり、同日午前三時過ぎに目をさましたTが呼吸停
止しているHを見つけて連絡するまで約二時間も何の看視体制もとっていなかったこと前記認定のとおりである以上、午前一
時以降のYの患者に対する管理体制に注意義務懈怠のそしりは免れない。」

〔判例13〕病室内突然分娩看護過誤事件（横浜地判昭和五八年五月二〇日、判例タイムズ五〇六号一六七頁） Y₁病院のY₂

医師から妊娠と診断され通院していたX₃（患児X₁の母）は、昭和四六年五月二日午前四時陣痛を覚え、午前七時前X₁の父X₂と養父予定者X₄とともにY₁病院へ赴き、准看護婦Y₅の案内で入院し、当直医Y₃（未資格者）の内診を受け、その指示でX₂、X₄らが帰宅したので、X₃はひとりで午前八時過ぎ配膳された朝食をとろうと起き上がった際、急に産気づき中腰のまま下着中にX₁を娩出した。ナースコールが見当たらず、下着を押さえて大声を出しているところを、午前八時三〇分通りがかった看護学生に発見され、X₁は人工呼吸等の処置がとられたが、重度の脳性麻痺に罹患するに至った。Xらは、Y₂医師の出産前の診察の不十分、切迫分娩に必要な措置を怠った過失、当直医Y₃の適切な診療を怠った過失、助産婦Y₄と准看護婦Y₅の病室見回り・ナースコールの管理上の過失のほか、Y₅につき下着の指示、ブザーの説明の過失、Y₁病院につきY₂ないしY₅を履行補助者とする準委任契約上の善管注意義務の違反による債務不履行責任を追及して、逸失利益および慰謝料を請求した。

横浜地裁は、付添人に帰宅を指示し、ナースコールブザーの説明もせず、X₃をひとり放置していたのは陣痛を訴えて入院した妊婦に対する措置としては不十分な看護体制であったとし、Y₁病院自身に民法七〇九条の不法行為責任があるとした。ただし、X₃がX₁を娩出後下着を押さえていた行為は脳性麻痺の重篤化に寄与したと推認し、その寄与部分は不可抗力とし、Y₁病院の賠償すべき額は二分の一程度として、三、三一七万円（X₁に二、六九二万円、X₂・X₃に各二五〇万円、X₄に一二五万円）の損害賠償を命じた。Y₂医師の入院前の誤りはなく、助産婦Y₄も勤務着手前の事故で過失はないとし、当直医Y₃と准看護婦Y₅については病院の診療・看護の全体制の中で評価すべく、個人の過失とするには十分でないとした。Y₅についての判断はつぎのとおりである。

「被告Y₅は、原告X₃が入院するに際して付添ってきたX₂及びX₄に対して帰宅するよう指示し、かつX₃に対してナースコールブザーの位置の説明を充分にせず、ブザーがベッドの外側に落ちないようにする措置もとらず、またX₃に対して下ばきを脱ぐよう指示しなかったものであるが、右のようなY₅の行為を過失と評価しうるかについても、被告病院の診療、看護の全体制の中で考察せねばならず、特に同被告が医師ないし看護婦の指示の下に行動すべき准看護婦であった点に照らすと、同被告個人

の立場において前記のような本件事故に対する予見義務ないし結果回避義務（違反）が存したと断ずるに充分な事情はなお証拠上認められない。」

〔判例14〕新生児の頭血腫手術後突然死亡事件（千葉地館山支判昭和五七年八月三十一日、東京高判昭和五九年十一月二七日、判例タイムズ五七九号七二頁）
X₂は、昭和四九年十二月三十一日、Y病院でY医師の介助により男児J（体重三、三〇〇グラム）を出産した。Jは翌五〇年一月六日、頭血腫につき切開手術を受けたが、同月一七日午後一〇時頃、同病院看護婦Mが、Jに授乳のうえ仮眠していたところ、翌一八日午前三時頃、Jの異常に気付き、蘇生術等を施したが、Jは死亡するに至った。そこで、Jの父X₁と母X₂は、準委任契約があるのにYはこれを怠りJ死亡の結果をもたらした、吐乳による窒息死に対し適切な処置をせず、仮に窒息死でないとしても頭血腫後の病変に注意し看護等をすべきであるのにこれを怠ったと主張して、損害賠償を請求した。

原判決は、Jの死亡の直接原因は窒息であると推定されるが、その原因については不明であるとして請求を棄却した。X₁・X₂は控訴して、①吸引分娩で頭血腫を生じさせ、自然治癒を待たずに切開等でこれを化膿させ、またJは風邪の症状を呈していたが、特段の治療も施さず、看護につき特段の注意を払わなかった、②こうした状況では、習熟した看護人による常時看視体制をとり、一日数回の体温測定を行い、詳細な観察記録を作成するなどして、急変に備えるべきであったのに、これを怠ったため当夜のJの症状の変化の発見が遅れ、適切な治療をすることができなかったなどの主張を付加した。

本判決も、吐乳吸引による窒息死と認めることはできず、Jの死亡につき考えやすい原因は乳児突然死症候群であるとしながらも、死因を具体的に特定することは困難であるから債務不履行はその前提を欠くとした。控訴審における新たな主張についても、①については、右主張の各事由とJの死亡との間に因果関係は認められないとし、②についても、つぎのように論じてこれを否認し、控訴を棄却した。

「Jがいったん減少した体重を回復し、哺乳量も順調に増え、発熱の程度や頭血腫切開後の患部の状態等においても体調の急変を予測させるような特段の異常は何も見られなかったことからすれば、右主張のような急変に備えるための常時看視体制

までをとる必要があったものとは認めがたい。そして、前認定の事実と原審におけるY本人尋問の結果によれば、M看護婦は、一七日午後一〇時ころJに授乳をした後、一八日午前零時三〇分ころにJの様子に異常のないことを認め、次に同日午前三時ころ再び新生児室を見回り異常を発見したため、直ちに同一建物内に居住しているYが駆けつけて処置に当たったことが明らかであって、新生児を哺育する病院の通常の夜間勤務体制としては、特に不十分なし不行届な点があったものということはできない。」

〔判例15〕 女児患者ITP・DIC窒息事件（佐賀地判昭和六〇年七月三十一日、判例時報一二六九号二四頁） 女児A（三歳一二月）は、昭和五三年一月二二日から発熱、咳、食欲不振の状態が続き、同月二四日、開業医Yの診察を受けたところ、感冒から気管支炎を併発したものと診断され、翌二五日から同医院に入院して治療を受けていた。同月二七日午前零時二〇分から早朝にかけて数度の鼻出血、吐血を起こし、看護婦Kが両鼻孔に綿花をさし込み圧迫する処置を講じていたところ、午後七時二五分ころになって容態が急変して重篤な症状となり、午後七時四〇分ころITP（突発性血小板減少性紫斑病）またはDIC（播種性血管内凝固症候群）に基づく胃腸管出血による気道閉塞で窒息死した。そこで、Aの両親と祖母Xらは、YまたはKがAにつき、①病状の看視・診察を怠り、②出血防止措置を怠り、③体位を横臥位または座位にさせることを怠り、④気道内出血を吸引除去し気管切開をするなどの措置を怠り、⑤Kが容態を逐一Yに報告するのを怠った、などの点で義務違反があるとして、Yに対し診療債務の不完全履行または不法行為に基づき損害賠償（四、一一八万円）を請求した。

佐賀地裁は、Aには初診以来同月二七日午前零時二〇分ころまでの間にはITP・DICの特徴的所見である出血傾向が認められず、ITP・DICの診断に必要な専門医療機関の血液検査の結果判明までには二四時間を要することから開業医のYには、AのITP・DICの予見可能性がなく、またAの最初の鼻出血から死亡までわずか七時間あまりという症状進展が急激であったことなどから、Yらの行為とAの死亡との間の因果関係も認められないとして、原告の請求を棄却した（確定）。なお、看護婦等の注意義務については、つぎのように判示した。

「YにはAがITPまたはDICであることを予見して診療しなければならない義務はなく、その他にAの容態の急変を予

見しうるような事情は、前記事実経過中にもその他本件全証拠をもっても見出せないから、祖母が常時付き添っていて容態に異常があれば直ちに看護婦に連絡される体制がとられている以上、さらに医師みずから又は補助者たる看護婦が常時Aを看視しなければならぬ義務があるとまではいえない。」

〔判例16〕 心筋梗塞症再発死亡事件（東京地判昭和五八年五月二六日、判例時報一〇九四号七一頁） S（五一歳・男性）

は、昭和四九年二月三十一日心筋梗塞を発症し、翌年一月一日夜半、Y病院に搬送されて入院した。Sは急性心筋梗塞症の疑いで入院後直ちにCCU（冠動脈患者特別診療システム）に入室し、その後CCUで抗不整脈剤、強心剤等の点滴注射・静脈注射、心電図検査、レントゲン撮影を受け、一時危険であったものが症状が改善したので、同月六日に一般病室（個室）に転室した。右転室後のSの症状は回復過程にあったが、同月一六日午前六時二〇分、巡視の看護婦がSの呼吸停止しているのを発見した。Sの妻X₁と子X₂・X₃・X₄らは、Y病院の担当医師には、①CCUにおける治療・看護を継続すべき義務、②心電図検査・労作負荷後の心電図検査を頻回実施すべき義務、③冠動脈像を撮影すべき義務、④Sを大部屋に収容するかまたは家族の付添いを指示すべき義務の懈怠があり、Y病院も、⑤心筋梗塞患者に対する監視体制（看護婦の頻回巡回点検、テレメーター監視装置の設置、大部屋収容）を十分にすべき義務の懈怠があるとし、逸失利益・慰謝料として六、一八三万円を請求した。

東京地裁は、Sの症状が快方に向かい、新たな病変のないことなどの症状経過、検査の危険性等に照らし、担当医師に右①ないし④の義務違反はないとし、⑤についても、本件当時テレメーターの設置による症状の監視は一般的医療水準とはなっておらず、看護婦の巡回体制および個室収容は不相当ではなく、義務違反はないとして、Xらの本訴請求を棄却した（確定）。なお、看護に関する判断はつぎのとおりである。

「K看護婦が同日午前二時三〇分から三時までの間にSを巡視した際にはSは睡眠中であり、半前四時二〇分の巡視時には布団がSの肩まで掛かっておらず足の方へまくられていたため、同看護婦が布団を肩まで掛け直してやったが、Sはぐっすり眠っているようで目を覚まさなかった。午前六時二〇分の巡視の際に右看護婦はSの呼吸が停止しているのを発見し、当直医師のM医師に連絡し、同医師はSの心臓が停止していたため、心臓マッサージ、アドレナリンの心腔内投与等の蘇生術を施した

が、効果なく、午前六時五五分に死亡宣告をした。《中略》被告の病院における夜間の看護婦による巡回及び点検体制は、その巡回の間隔、担当者数、勤務時間の長さなどの点において夜間の巡回及び点検体制として特段不相当であるとすべき点は認められず、また、前記の一般病室に収容されている間のSの症状に照らし、右巡回及び点検を一般的な取扱よりも特に強化、充実すべき事情の認められない本件においては、この点についての被告病院の措置を不当と認めることはできない。」

〔判例17〕気管支喘息小児患者の夜間入院死亡事件（岐阜地判昭和六〇年五月二三日、判例時報一一八三号一三九頁）

一歳四か月するとき心室中隔欠損症の根治手術（欠損孔テフロンパッチで閉鎖）を受けたことのある女児A（四歳）は、昭和五年一月一七日から喘鳴等の症状を呈し、一月一八日午後五時半、B診療所で診察を受け、気管支喘息および心不全の疑いありと診断され、入院治療を要するという事、午後一〇時、国（Y₁）立病院に入院し、当直の小児科医Y₂の診察を受けた。Y₂医師はB診療所と同様に気管支喘息と心不全を疑ったが、そのいずれであるのか、両者が合併しているのかは究明するに至らず、とりあえずAを安静にさせて経過観察をすることにした。点滴をする一方、その容態看視については当日の夜勤看護婦の巡回（三〇分ないし一時間ごと）に委ねられていたところ、翌一九日午前六時の巡回の際、Aの呼吸が停止しているのが発見され、蘇生術も空しく死亡するに至った。そこで、Aの父X₁・母X₂は、Y₂医師の処置につき、①入院時に症状の原因究明を怠り、②心不全の治療に強心配糖体の投与を怠り、③水分制限管理が不十分であり、④酸素投与を中止し、⑤入院後の容態看視体制が不十分であった、などの過失があったため死亡したと主張して、Y₂医師およびY₁（国）に対し不法行為による損害賠償（一、九八三万円）を請求した。

岐阜地裁は、①診断はその時点におけるものとして合理的であり、②強心配糖体の投与を控えたのは過剰投与の危険を考慮したためであり、③水分補給も気管支喘息の措置として妥当であり、④いやがるAに酸素マスクをつけると問題が生ずるおそれがあった、などと判断し、また、⑤の看護看視についても、つぎのように論じて過失なしと判示し、原告らの請求を棄却した（控訴）。

「Aが入院した病棟の夜間の診療体制は、医師一名と、看護婦が午後四時三〇分から翌日午前一時の間を準夜勤として二名

(うち一名が新生児担当)、同零時三〇分から同九時の間を深夜勤として三名(うち二名が新生児担当)という配置であり、Aの入院当時の右病棟の入院患者三四名で、このうち一八名が未熟児等の新生児であり、またAが入院した翌日の午前三時ころには、てんかんの重症患者が来院したため、当直のY₂医師および看護婦はその患者の診療にも当たっていたもので、右のような条件下では、Y₂医師および看護婦が常時Aの病状を継続監視する体制を採用することは不可能であり、結局、医師による回診と医師の指示を受けた看護婦による巡視という診療体制を採用せざるをえないところ、本件においては、Y₂医師は当直(とくに深夜勤)看護婦に対しAの診療につき指示表を作成してAの病状、診療上の注意事項、指示事項を指示しており、右看護婦も前記認定のとおり一九日午前一時、一時三〇分、三時、四時、四時三〇分、五時に定期巡視および随時巡視をして指示事項を実施したうえ、心不全あるいは気管支喘息の疑いがあったことから、指示事項にはなかったものの、看護婦においてAの水分出納に注意を払ったりしていたことに照らすと、右看護婦の巡視を不十分なものとみることはできず、またY₂医師にも看護婦の監督につき不十分な点があったとすることもできないのであるから、当時Y₂医師らが採用した診療体制は、右条件の下ではやむをえないものであったといふべきである。」

〔判例18〕 虫垂摘出手術の術後管理過誤事件(東京地判昭和五三年一〇月二七日、判例タイムズ三七八号一四五頁) 昭和四九年八月七日、Y医師はX₁・X₂との医療契約に基づきX₁・X₂の子Aに対し、午後二時一〇分から二時半までの間に、ペルカミンエス一・六cc注射による腰椎麻酔を施し虫垂摘出手術をした。二時四〇分、看護婦UとSは、Aを一階手術室から二階の病室へ移し、「枕をはずさないように」「水を与えないように」との指示を与えて、付添いのX₁・X₂両名に委ねて退室した。間もなく、Aが鼻がつまって苦しいというので、X₂は受付まで行きS看護婦に伝えたが、「大丈夫ですよ」と答えるのみであった。その後、Aが「苦しいよ、横になりたいよ」と訴えるので、X₂は再び受付まで行きS看護婦に伝えたが、「放っておいた方がいいでしょう」と取り合ってもらえなかった。病室に戻るや、Aの顔や両足が紫色になっていたので、すぐ一階に行きU看護婦に容態を告げると、それを伝え聞いたY医師がすぐかけつけたが、Aはすでにショック状態に陥り、間もなく死亡するに至った。X₁・X₂両名は、Aの死亡はY医師とその医療行為を補助した看護婦U、Sらの行った手術の術前・術中・術後の

医療措置に不完全な点があったためとして、Yに対し不完全履行に基づく損害賠償を請求した。東京地裁は、術前の問診・検査には債務不履行はないとしたが、麻酔の副作用に対する対策にはY医師の過失を認め、また術後管理については、つぎのように論じてY医師およびS看護婦の術後管理の過失を認定し、かつこれらの過失とAの死亡との間の因果関係を肯定して、不完全履行に基づく損害賠償を認めた。

「S看護婦には患者側から呼吸抑制の症状をうかがわせる訴えがあったにもかかわらず、その意味するところについて慎重な配慮をすることなく、かつそれに対し適切な処置をとらなかった点において過失があったというべきである以上、Yが履行補助者たるS看護婦の過失に基づいて、債務不履行責任を負わなければならない。のみならず、本件手術後の患者管理の大部分を患者側に委ね格別の注意を払わなかった点において、Y自身にも過失が存するものといわなければならない。」

「Aのショック状態は突発的なものではなく徐々に進行したものと推認されるので、もしYらが麻酔管理及び術後の患者管理を十分に尽していたならば、Aの症状の変化を早期に発見し適切な措置を講ずることができたと判断すべきである。以上の説示に前記に述べたとおりAが胸腺リンパ体質であったとは認められないことをも加味して、総合考察すれば、Y及びS看護婦の本件手術における術中・術後の麻酔及び患者管理に関する過失と、Aの死亡との間には因果関係を肯定することができ
る。」

〔判例19〕 帝王切開手術心臓衰弱死事件（広島地判昭和五五年一〇月二〇日、判例時報一〇一一号八八頁） 産婦人科医院

開業のY医師は、昭和五一年九月二六日、実家の近くで出産したいと転院してきた妊婦H（二六歳）との間で、嬰兒（原告X₁）分娩に関する医療契約を締結した。同年一〇月一八日午後九時ころ破水があったため、Hは直ちに入院した。翌一九日午前六時ころから一時間おきに薬を服用し、同日午後三時ころ分娩室に入ったが、陣痛微弱で自然分娩は困難ということで、Y医師が帝王切開手術を施行し、午後一〇時一五分に長男X₁を出産させ、一一時二〇分に手術を終了した。約一〇分後に、Hは看護婦二人に両脇から抱えられて病室に移されたが、点滴の器具は一緒に持ち込まれず、またYら医師も姿を見せず、看護に関する注意も指示されなかった。午後一二時ころHが「出血がひどく苦しいから医者を呼んでくれ」と訴え、付き添っていた夫X₂

もすぐ看護婦にその旨を告げたが、看護婦は「出産の後は出血するものです」と答えたのみで様子を見にこなかった。X₂は看護婦の言葉をHに伝えて力づけていたところ、Hは再び「死にそうだから先生を呼んで」と訴えるので、X₂は看護婦室に急ぎその旨を告げた。看護婦がHの容態を見て急拠Yを呼びに行き、二〇日午前零時一五分ころYが病室にかけつけて、慌てて注射、点滴、酸素吸入等の措置をしたが奏功せず、同日午前三時ころ、Hは出血に基づく血圧低下による心臓衰弱により死亡してしまった。そこで、Hの長男X₁と夫X₂は、Y医師に対し、手術に際しての止血等の措置に過失があるとして医療契約違反（債務不履行）の責任、もしそうでないとしても医療過誤（不法行為）の責任を主張して、慰謝料、逸失利益など合計二、四四三万円の損害賠償を請求した。

広島地裁は、つぎのように論じて、Yの債務不履行責任を認め、二、二〇三万円の損害賠償を命じた（確定）。

「手術終了後、一五分位後になっても、YおよびY医院の看護婦は積極的に患者Hの血圧、脈搏等を観察する措置をとっていないこと、Hの容態の急変を聞いて病室にきたYは、患者の出血状態を確かめることもなく、下がった血圧を上昇させることのみに専念し、昇圧剤や血液代用剤を点滴しただけで、X₂の要求にもかかわらず輸血は全くしていないこと、またY医院においては、酸素ボンベの準備が十分でなく、Hの死亡一時間前には酸素が切れて酸素吸入の処置ができなくなったことが認められるところ、以上によれば、Yは、本件帝王切開にあたり、術前術後において医師として現代医学上当然とるべき適切な処置をとったとは到底言えないところであるから、本件診療の過程において過誤があったことは明白である。」

（一）日本看護協会看護婦部会編『看護婦業務指針』（日本看護協会出版会、昭和四八年）一二九頁。

（二）高田利広『看護の安全性と法的責任（第七集）』（日本看護協会出版会、昭和六一年）二〇頁参照。

（三）看護実務では、看護観察の程度を、A「常時（ほとんどつきつきりで）観察を必要とする」、B「断続的（おおむね一〜二時間毎）に観察を必要とする」、C「継続した観察は特に必要でない（Bより長く間隔をあけた観察でよい）」という三段階に分けて、看護の量と質を客観的にとらえようとする動きが注目される。これは、「看護度」という考え方で、右の観察程度A・B・Cに患者の生活の自由度Ⅰ〜Ⅳ（Ⅰ「常に寝たまま」、Ⅱ「ベッドで身体を起こせる」、Ⅲ「病室内歩

行ができる」Ⅳ「日常生活はほとんど不自由がない」の四段階に分ける）を組み合わせて、一二段階の看護度によって看護基準を定め、患者に必要な看護を提供しようとするものである。これは、看護内容の向上、施設設備の整備、看護要員の配置等の面で有用であろう。厚生省健康政策局看護課監修『看護体制の変革をめざして——看護体制の改善に関する報告書』（メヂカルフレンド社、昭和五九年）六三頁、前掲『看護婦業務指針』一七五頁など参照。

(三) 医師との連絡

担当の看護婦は、診療前の患者であれ、診療後の患者であれ、また病室においてであれ、病室への搬送の途中であれ、患者の容態を観察し、または患者および付添人の訴えや希望を聞いて、必要と判断した場合には速やかに医師に連絡をして診療を求め、または医師の指示を得て看護上の処置をしなければならない。看護婦が、こうした注意義務に反して、医師への連絡が遅れることにより、患者が症状悪化または死の転帰をとるようであれば、過失責任は免れないであろう。

(1) 看護婦の報告義務と医師の責任

手術後の患者の経過観察において、一定の項目を調べるなどして患者の一般状態を観察し、その都度医師に報告して、医師が患者の容態を理解しうるようにしておけば、看護婦の経過観察および報告の義務は果たしたこととされ、責任を追及されることはない。たとえば、〔判例20〕は、帝王切開手術を実施した医師が、手術室において患者の麻酔覚醒状況等を看視した後、病室に移し、宿直勤務の見習看護婦に患者の観察をまかせていた（病室には患者の夫と母が付き添っていた）ところ、術後五時間ごろに、宿直看護婦から患者の脈搏がまだ正常でない旨の報告

を受けたので、注射を指示しておいたが、翌朝患者が死亡するに至った事故において、医師の過失を否定して無罪とし、また看護婦についても「本件患者の場合は帰室後一時間ごとに看護婦が病室をおとずれ、血圧、脈搏を測定し、尿量を調査し、患者の一般状態を観察して医師にその都度報告していたことが認められ同女の看護方法に過失があったとは認め難い」として過失を否定している（この事故の民事事件では、医師は遺族に対し八五〇万円を支払って訴訟上の和解をしている）。また、転倒して頭部を強打した男児患者の経過観察の適否が争われた前掲〔判例10〕も、「午後八時ごろから午後一〇時ごろまで、数回、患者の脈搏及び呼吸状態に関する観察をし、その間患者の頭痛の訴えを医師に連絡してその指示を仰ぎ、右観察の結果患者に異常のない旨報告している」ので看護義務違反はないとして、看護婦の民事責任を否定している（医師には責任ありとしている）。

看護婦の報告を受けた医師がどのような対応をするかは、医師の責任の問題である。〔判例21〕は、分娩後産婦の出血が続いたため、医師が手当をしたが、五時間後に産婦が死亡した事故で、判決は、助産婦が医師の指示に従って経過観察に当たり、出血が多いこと、手当て後もなお出血が続いていることなどを、その都度医師に報告していたことを認定し、ただ医師がそうした報告を受けながらも輸血等の処置の開始が遅れたことは過失であるとして、医師の民事責任および産院の使用責任を認めた事例である。また、〔判例22〕も、脳圧上昇で危険な状態にあるとして入院させられた患者が、医師から絶対安静等の指示がなく診療もなされないでいるうち、翌日便所で倒れて意識を失い、六日後に死亡した事故において、医師は患者または付添人に対し直接または看護婦を介して患者の安静を命じ、さらに直接または看護婦を通じて病状の変化を的確に把握し、その症状に異常が生じた旨の通知を受けたときは直ちに診察すべき義務があるのにこれを怠ったとして、医師と病院の損害賠償責任を認定した。夜中に二度にわたり医師に患者の病変の報告をしていた看護婦については、医師の過失が明白であるので医師と病院に損害

賠償責任があることは当然であり、看護婦の過失の有無を問うまでもないとしている。

(2) 医師への連絡の遅滞

看護婦が患者やその付添人から医師の診察ないしその取次を求められた場合に、即時に医師に連絡すべきか、それとも適当に連絡の時期を遅らせるかは、患者の希望だけではなく、患者の容態の如何にもよるのであり、その判断は看護婦の専門的知識および経験に基づいて適切になされなければならない。その判断を誤り、医師への連絡が遅滞して悪結果を招くことになれば、看護責任が問われることになる。

医師への連絡の遅滞の責任が問題となった判例として、つぎのようなものがある。「判例23」は、肛門周囲膿瘍の切開手術を受けた患者が、術後出血が多いため輸血を行うなどの手当を受けていたが、一週間後に死亡するに至った事故で、医師の手術の拙劣、輸血の誤り、診察の遅滞などの過失と、患者の診察希望の申出に対する看護婦の応対が遅れて待たされたことが問題となったが、判決は、医師の過失を否定し、看護婦についても「もう少し待てば外科の先生が出勤するからそれまで待つてはどうか」といったことを認め、応対の過失を否定した。また、「判例24」は、破水して夜中に来院した妊婦につき、宿直の新生児世話係が回復室に案内して安静にさせ、看護婦が陰鏡診により胎児上肢の脱出を知り、医師と助産婦に連絡して諸種の手当をして分娩させたが、来院後二時間ほど右の状態であったことが原因で新生児が無酸素脳症（脳性麻痺）になった事故において、世話係から看護婦および医師への連絡の遅滞が問題となったが、判決は、世話係から看護婦への連絡が若干遅れ看護婦が容態を観察して医師を呼ぶまでに合せて三〇分経過していたけれども、直ちに連絡していればその時点で上肢の脱出を発見し得たという証拠もないとして世話係の過失を否定し、医師にも過失がないとした。

患者の苦痛や出血の訴えを軽視して医師に連絡しないでいたことが看護婦の過失と判断された事例もある。「判

例25」は、男児の虫垂摘出手術の後三時間ほどの間に死亡するに至った事故において、「看護婦が、患者をストレッチャーに移し手術室から病室まで搬送し、その搬送中に患者が腕を動かそうとしたので、その右腕に刺してあった点滴針を取り外したと、手術室を退室した患者は、その直後に、苦しい、声が出ないなどと訴え、もだえ苦しむような態度を示したのに看護婦は、何ら医師の指示を求めることなく、そのまま病室まで搬送を続けたことは適切を欠く処置であった」とするとともに、術前、術中、術後における一連の医療措置には、幾多の不適切なし不完全な点があったとして、病院側に債務不履行責任を認めた（ただし、二審は、患者が胸腺リンパ体質という先天的特異体質を有していたがために起きたものであったとして原判決を取り消した）。また、前掲「判例19」においても、帝王切開手術後に出血が多いとの患者と付添人からの訴えを、看護婦がしばらく放置していたことが問題となった。判決は、この看護婦の過失と、術後の観察および処置における医師の過失とを合せて、医院の債務不履行責任を認めている。

なお、授業中に顔面蒼白となって苦痛を訴えてきた生徒が、保健室において養護教諭（看護婦）による看護を受けている間に死亡した、前掲「判例1」の場合も、病状観察の甘さに加えて、医師（校医）への連絡の遅滞が問題となった例である。

(3) 夜間における医師への連絡

患者の容態の異常を医師に連絡する必要があると考えても、それが夜中で医師が就寝中であるような場合には、看護婦としてはどうすべきか迷うことも少なくないであろう。当直の看護婦だけで十分に対処できるような軽い症状変化、あるいは翌朝まで待っても何の危険もないような軽度の異常について、いちいち就寝中の医師を起こすようでも困るが、看護婦だけでは対処できにくい重い症状変化、あるいは翌朝まで待っていては危険であるような重

大な異常がみられる場合にも、なお医師を起こすことをためらって悪結果を招くようでは、当直看護婦の任務を果たしていないことになる。その判断は、看護婦が患者の容態ないし症状変化をどの程度客観的に観察できるにかかっている。看護専門家としての聡明な判断力と果敢な決断力が求められるところである。

判例にも、手術創からの多量の出血を知らずながら就寝中の医師に伝えなかった看護婦について、その過失責任を指摘したつぎのような事例がある。〔判例26〕は、口蓋扁桃腺手術を受けた女児患者が手術創からの後出血のため死亡するに至った事故において、術後回診を担当した医師が緊急に適切な措置を講ずべきであったのにこれを怠ったとして業務上過失致死罪とされたが、その量刑において、患者から出血と苦痛の訴えをたびたび受けたのに就寝中の医師に遠慮して患者の容態を伝えなかった看護婦の過失が考慮され、「本件に関与した看護婦らにも少なからず法律上あるいは道義上の責任が認められ、その過失あるいは不行届が競合して本件事故が発生したものである」として、医師の責任を軽減している。

なお、つぎの事例は看護婦による事故ではなく、付添人が患者の容態が異常であることを知りつつも、夜間に医師を起こすことをためらって手遅れになった事例であるが、看護婦にも参考になるであろう。〔判例27〕は、腹痛、吐き気、発熱のため医師の診察を受け、扁桃腺炎・急性腸炎の併発と診断され、薬をもらって帰宅した女児が、発熱と吐き気が治まらず、夜半から下痢が頻回にあり嗜眠状態となったが、付添人（母親がわりの叔母）が、深夜で睡眠中の医師を起こすことを遠慮して朝まで待っていたところ手遅れで死亡（擬似疫癘）するに至った事故で、判決は医師の治療上および看護指導上の過失を否定し、反対に、付添人は、以前に患者が疫癘に罹った経験があり、今回も疫癘を恐れていたのであるから、患者の嘔吐下痢が頻回となる症状に変化した場合には、たとえ医師の指導がなくとも直ちに医師に連絡して医師の指示を受くべきであったとして、付添人に看護上の過失があると判

示した。

深夜に就寝中の医師に連絡することは、実際には、病院環境や当直医の性格などにより時には困難を伴うこともあろうが、それにもかかわらず、看護婦は患者の安全を最優先にして積極的に医師に対し患者の病状を告げ、診察または手当の指示を求めるべきであろう。^(三)

〔判例20〕帝王切開手術ショック死事件（東京地八王子支判昭和四七年五月二三、判例タイムズ二八〇号三六四頁） 産婦

人科外科医院を開業しているY医師は、昭和四〇年七月一六日午後四時ころから約五〇分間にわたり、妊婦T（二三歳）に対し帝王切開手術を実施し、手術後手術室において麻酔覚醒状況等を看視した後、六時ころ二階の病室に移した。病室においては、宿直勤務の資格のない見習看護婦のK（二五歳）とH（二一歳）の兩名にTの観察をまかせ、また病室にはTの夫AおよびのTの母Bが付き添っていた。Y医師は一回も回診せず、同日午後一〇時ころ、KからTの脈搏がまだ正常でない旨の報告を受けたときも、単に注射を指示したのみでいたところ、翌一七日午前四時一五分ころ、Tが死亡するに至った（病理解剖がなされなかったため、死因が術後ショック〔末梢循環虚脱〕か産科ショック〔羊水栓塞症ないし分娩後血管虚脱〕かは不明）。そこで、Y医師の業務上過失致死の責任が問われたが、東京地裁は、当直態様、看護方法等を検討して、Y医師に注意義務の懈怠があつたものと認めるに足る証拠がないとして無罪とした。看護に関する判断はつぎのとおりである。

「被告人医院はいわゆる診療所であつて、無資格の看護婦のみが当直看護を担当したとしても、法令上の違反があるとはいえず、またKは昭和三一年一〇月から被告人医院に見習看護婦として勤務し、宿直勤務の経験は七年に及び、血圧、検温、検脈および静脈注射等を被告人より教わり、帝王切開手術患者の看護経験も多く、被告人に命ぜられて患者の容態を観察する能力においては看護婦、准看護婦のそれにさして欠けるものがあつたとは認められず、また被告人は、右K等の当直室から一〇メートルの距離にある同棟の居室に当直を兼ねて居住しているわけで、右Kから患者の容態の推移の報告も受けやすくその病状の急変に即応できる体制をそなえているわけで、当直態様に過失ありとは認め難い。△中略▽本件患者の場合は帝王切開患

者として帰室後一時間ごとにKが病室をおとずれ、血圧、脈搏を測定し、尿量を調査し、患者の一般状態を観察して被告人にその都度報告していたことが認められ同女の看護方法に過失があったとは認め難く、一七日午前二時ころKが患者の病室をおとずれた際はガラス窓越しに患者を観察したにとどまるが、右は深夜であつて、Aが患者をうちわであおいだりしており患者の状態に異常を認めなかったため入室して容態を見なかったわけで、この点においても同女の看護方法に過失があったとは認め難く、従つて同女に看護を命じた被告人の過失は存しないと思われる。」

〔判例21〕分娩後弛緩性出血死事件（東京地判昭和五〇年二月一三日、判例時報七七四号九一頁） 昭和四二年八月一〇日T（三三歳・女性）は、分娩のためY₁経営の産院に入院し、同日午後五時三五分、女児X₄を出産した。分娩後も出血が続いたため、主治医であるY₂医師は、子宮腔充填強圧タンポンの挿入、循環血液量確保のための輸液等の処置を行い、同日午後八時五〇分には輸血を開始し、その後止血のため子宮腔上部切断手術を行うなどしたが、同一〇時五〇分、Tは弛緩性出血による失血のため死亡した。そこで、Tの夫X₁と子らX₂・X₃・X₄は、Y₂医師の不法行為責任とY₁の使用者責任（予備的に債務不履行責任）を主張し、合計七九四万円の損害賠償を請求した。東京地裁は、午後六時五〇分ごろまでに合計六五〇ccの出血があり七時二五分以降最高血圧が八〇ミリHg、七時五〇分には五〇ミリHgとなったのであるから、少なくとも七時二五分以降速やかに、遅くとも八時ごろまでには輸血を実施すべきで、八時五〇分に開始したことは遅すぎたとして、Y₂の不法行為責任、Y₁の使用者責任を認め、Xらの請求を一部認容し、六九六万円の賠償を命じた。経過観察に当たったU助産婦については、つぎのように論じている（控訴）。

「《証拠略》によれば、分娩終了後のTの状態は助産婦Uが見ていたのであるが、同人は同六時一〇分頃悪露交換に際し、出血量が通常の場合よりやや多く、血液が少しずつ出しており、腹部を触診すると血液がたまっているのではないかと思われる状態であることに気づき、その旨主治医のY₂に連絡したこと、同被告は子宮腔内に手を入れて触診し、子宮破裂や子宮頸管裂傷及び胎盤の遺残はないものと認め、《中略》メテルギンの静注をし、前記点滴を続けたこと、こうして同被告はUに経過を見るように指示して、同産院の地下食堂に食事を取りに赴いたことが認められ、《証拠略》によれば、同六時二五分頃、出血

がなおも続いたのでUは再び被告Y₂に連絡したこと、同被告は助産婦Kを応援に頼み、腔鏡診により子宮および軟産道の裂傷や、胎盤、卵膜の遺残しないことを再確認したが、このとき子宮口から暗褐色の流動血が少量ずつ持続的に流出しており、《中略》約五メートルのガーゼにより子宮腔充填強圧タンポンを挿入したことが認められる。》

〔判例22〕脳圧昂進入院患者の安静指示懈怠死亡事件（東京地判昭和五七年一月二十九日、判例タイムズ四九五号一五七頁）

A（女性）は、昭和五四年三月一八日、頭痛等を感じたため、同日午後四時三〇分ころ医療法人の開設するK病院（院長Y₁）でY₂医師の診察を受けたところ、Y₂は、Aにつき脳圧昂進による危険な状態にあるとして直ちに入院させたが、（日曜日であったため入院時一般検査は翌日に行うことにし）Aに対し診察も絶対安静等の指示もすることなく経過するうち、翌一九日午前三時ころ、Aは便所で倒れて意識を喪失し、点滴等の処置を受けたものの、同月二五日、脳動脈瘤破裂による脳出血が原因で死亡するに至った。そこで、Aの夫Xは、医師に絶対安静等の指示を怠り、しかもAの入院後全く診察もしなかった過失があり（看護婦にも医師の回診を求めるなどしなかった過失がある）とし、Y₂につき不法行為を理由として、またY₁につき右選任監督者としての各責任を追及して、慰謝料（一、〇〇〇万円）を請求する訴訟を提起した。これに対し、Y₁はY₂につき資格経歴に問題ないことを確認して選任し、採用後はY₂が優秀な医師として勤務していたから回診を怠ることなど予見できず、選任監督に相当の注意を尽していたと主張し、またY₂は安静の指示をしていたのにAが従わなかったもので、発作はAの過失であると反論した。

東京地裁は、つぎのように論じて、Y₂の過失を認め、Y₁の抗弁を排斥して、Xの請求を全部認容した。なお、看護婦については、バルーン・カテーテル留置の医師の指示を即時に実施せずに遅滞したこと等の過失を認めたが、Y₂の過失が明白であるので、それ以上看護婦の過失の有無を問うまでもないとして審理されなかった。

「入院後におけるAの症状の変化は付添いのXらが当直看護婦に逐一連絡報告し、少なくとも、前記一八日午後八時二〇分ころ及び翌一九日午前三時ころの二回は、右看護婦らが電話によってY₂にこれを報告したが、Y₂は当直勤務の終了する前記認定の一九日午前八時までの間に一度といえどもAの病室に赴き同女を診察したことがなかった。《中略》Aは、すでにK病院入

院時において脳出血を起こす危険性が認められたものでもあり、Y₂も医師として、この危険性を認識したからこそ、Aの安静確保と経過観察のため同女を即刻入院せしめたものであることが明らかであり、したがってY₂としては右入院時から翌一九日午前八時までの間同女の診療を担当するK病院の医師として、入院の目的に従ってA又は付添いのXに対し、直接又は当直の看護婦を介して同女の安静を命じ、これを守らせるよう措置を講ずべきは勿論であるし、更に直接又は当直の看護婦の看視を通じてAの病状の変化を的確に把握し、Aの症状に異常を生じた旨の通知を受けたときは、直ちに病室に赴いて診察し、その症状改善のための適切な医療措置を施し、少なくとも、それ以上に症状悪化の結果を生じさせないよう努力を傾注しなければならぬ業務上当然の注意義務があるというべきところ、Y₂は、Aの安静確保については、T看護婦に対してバルーン・カテーター留置を指示（この指示が即時に実施されなかったことは前記のとおりである）をしたにとどまり、A及びXに対しては、直接安静のための指示を与えていないばかりでなく、看護婦を介してそのような指示をさせてもいないし、その入院後は、翌一九日午前八時までの長時間にわたり一度たりとも同女の診察をしていないのであって、すでにこの点において、Y₂に前記注意義務違反があったことは否定しえないし、しかも、少なくとも前記一八日午後八時二〇分ころ及び翌一九日午前三時ころの二回は、当直の看護婦からAの病変があった旨の報告を受けたにもかかわらず、右看護婦に対し電話で鎮痛剤あるいは降圧剤、鎮静剤の注射を指示したにすぎず、ついにAの病室に赴き同女を診察することがなかったのであるから、その注意義務違反があったことは明らかである。」

〔判例23〕 肛門膿瘍切開手術後死亡事件（大阪地判昭和三八年六月二七日、医療過誤民事裁判例集四卷一七八〇頁） 患者

（女性）Uは、昭和三三年六月二三日、Y健康保険組合の開設経営するM病院に入院し、A医師の執刀で肛門周囲膿瘍の切開手術を受けたところ、術後出血が多いため翌日輸血を行うなどの手当をしていたが、同月三〇日に同病院で死亡するに至った。そこで、Uの夫X₁・子X₂・X₄らが、①A医師の手術が拙劣であったこと、②Uが同月二八日夜から痛みを訴え翌二九日午前八時ごろから容態が急変し疼痛を訴えるので、X₁は看護婦に医師の診断を依頼したが、「日曜日で外科の先生がだれもない」とか、「患者は看護婦にまかされているのだから医師の診断の要はない」などといって依頼を拒否されたこと、その一時

間後に再び看護婦に医師の診断を懇請したが一顧も与えられなかったこと、午後二時ごろUがうわ言をいうので看護婦を探して医師の回診を求めたが応じてもらえず、看護婦が恣に診断して注射をしたこと、午後四時ごろUがうめき声を出し午後八時ごろには一層悪化したのでX₁は再三看護婦に医師の診断を懇請したが、言を構えてついに医師に連絡することさえしなかったこと、③同日午後一時半ごろ、宿直のM医師（内科）が輸血をしたが輸血の誤りでUの容態が悪化したこと、④三〇日午前七時半ごろUの容態が生命にかかわると思われ診断を希望したのに回診（一〇時）まで待たされ、M医師が診察したが精密検査をしないと何ともいえないと無責任に放置されたこと、などの過失によってUが死亡したと主張して、Yの使用者責任を追及し、五〇万円の慰謝料を請求した。大阪地裁は、①・②・③のいずれについても病院の職員に過失はないとしてX₁らの請求を棄却した。そのうち②・④についてはつぎのように判示した。

「看護婦に対し医師の診断を求めたのに、これを拒否して応じなかったという点について、X₁の供述は、証人K、T、H、Nの供述にてらしてたやすく信用することができず、ほかに右の点を認める証拠はない。また、看護婦がUの背中の血の斑点をつぶして処置したこと、この処置が医師の指示によるものでないことは、証人K、Tの供述により認められるけれども、この処置が《中略》Uの死亡に原因を与えたことを認める資料がない。《中略》三〇日午前七時ごろX₁が看護婦に医師の診断を求めたので、看護婦が『もう少し待てば外科の先生が出勤するからそれまで待ってはどうか』といったところ、X₁はそうすると答えたことが認められ、これに反するX₁本人の供述は信じることができず、ほかに右のごとき放置を認める証拠はない。」

〔判例24〕斜位娩出児の脳性麻痺罹患事件（佐賀地判昭和六一年三月二六日、判例タイムズ六〇七号九一頁） 妊婦X₃は、

昭和五四年六月二日以来Y医院で診察を受け異常なく、同月二四日の診察の際も胎児の体位に変化はなかったが、同月二九日破水したので午前一時二〇分夫X₂とともに急行し、同医院の新生児世話係のOに回復室へ案内され安静にしていた。陣痛を示すブザーとのOの連絡で、M看護婦がX₃を診療室へ連れて行き、産鏡診により子宮口から胎児上肢が脱出しているのを知り、その連絡でY医師とF助産婦がかけつけ、Yは横位の可能性が高いと判断して帝王切開の準備をし、H医師にも協力を依頼し、X₃を手術台に移して産鏡診により子宮口からの臍帯脱出を認め、児心音が一時途絶えたのでその還納、体位変換を行い、午前

三時二八分、腰椎麻酔によりX₁が斜位で分娩された。X₁は心音がかすかに聞こえる程度で全身チアノーゼを呈していたため、酸素吸入・人工呼吸による蘇生術が行われ、直ちにS病院に搬送され処置を受けたが、無酸素脳症（脳性麻痺）となった。X₁および両親X₂・X₃は、①入院連絡に対するYの準備処置の欠如、②Yが妊産婦に対する指示をOの判断に委ねた過失、③OがX₃の破水を看護婦らに連絡せず放置した過失、④胎児の斜位の発見と帝王切開処置の遷延などを主張してYの不法行為責任を追及し一億二〇〇万円の損害賠償を請求した。佐賀地裁は、傷害の原因は、X₁が横位に近い斜位の状態のため臍帯脱出により圧迫され、血行が阻害され酸欠状態となったことであるとし、①ないし③についてはその証拠がなく、④については臍帯脱出の事前予見が困難で、その準備体制も不可能であるとしX₁らの請求を棄却した。③については、つぎのように判示している。

「Oが当夜既に就寝した看護婦にかわって電話口に出て、原告X₃が深夜来院するのを了解したうえ、到着した同原告を回復室へ案内したことは前認定のとおりであるが、右の程度のことを居あわせたOがなすこと自体は差支えないというべく、これを非難することは相当ではない。△中略▽原告X₃の入院からOがM看護婦に連絡し、同看護婦が胎児の上肢脱出を発見して被告を呼ぶまでに、約三〇分が経過していることが認められる△中略▽原告X₃は入院に際し、Oに破水したこと、陣痛はあまりないことを告げ、Oは回復室で安静にするように指示したのであるが、右措置は必ずしも不適切であるとはいえないのである。仮に原告X₃の入院時にOが被告あるいは助産婦、看護婦に直ちに連絡をしたとしてもその際に既に上肢が脱出していて、これを発見し得たと認めるに足りる証拠はないのであるから、Oが原告X₃の入院を直ちに被告らに連絡しなかったからといって、これを非難することはできない。」

〔判例25〕 虫垂摘出手術後ショック死事件（東京地判昭和五〇年六月一七日、判例タイムズ三二三号一二五頁。東京高判昭和五三年二月二二日、判例タイムズ三六九号三六四頁） X₁・X₂の長男K（一〇歳）は、昭和四五年九月九日午後二時、Y医師経営の病院でT医師らによる虫垂摘出手術を受けたところ、同日午後五時二〇分までの間に死亡するに至った。X₁・X₂は、Kの死因は本件手術に伴う合併症によって生じた疑いがあるとし、病院側に①麻酔および手術の安全性を増進するための前投薬を使用しなかった、②腰椎麻酔の注射部位を誤った、③手術中の神経反射を予防軽減する前投薬を使用せず神経ブロックを

怠った、④手術前後の血圧や脈搏数の測定が不十分だった、⑤手術後退室までの容態観察と安全確認が不十分だった、⑥手術後気道閉塞の疑いがあったのに看護婦が医師の指示も求めず患者を病室に搬入し、点滴を継続すべき措置を怠った、⑦容態悪化後も呼吸・循環蘇生等の救急措置が遅れ不十分であったとし、Y病院に対し、主位的には医療契約上の債務不履行責任、予備的には不法行為の使用責任を主張して、Kの逸失利益、 $X_1 \cdot X_2$ の慰謝料など一、六七七万円の損害賠償を請求した。

東京地裁は、原告 $X_1 \cdot X_2$ の主張を認め、「術前、術中、術後における一連の医療措置には、当時における医学水準に照らして、幾多の不適切なし不完全な点があった」とし、これらとKの死亡との間に因果関係が存在しないとの反証もないから、それらはKのショック死の原因と推定せざるをえないと判断し、Y病院側に債務不履行責任を認めた。そのうち、⑥および⑦については、つぎのように論じている。

「本件手術後、M看護婦が、Kを手術台からストレッチャーに移し、手術室から病室まで搬送し、その搬送中にKが腕を動かそうとしたので、手術前からその右腕に刺してあった点滴針を取り外したこと……手術室を退室したKは、その直後に、苦しい、声が出ないなどと訴え、もだえ苦しむような態度を示した（のに）M看護婦は、何ら医師の指示を求めることなく、そのまま病室までKの搬送を続けたこと、点滴針はKが病室に移され、ほとんど心搏停止に近い状態に陥った後、再度その下肢に刺されるまで、外されたままにしてあったことを認めることができる。《中略》（こうした処置は）いずれも適切を欠く処置であったといわざるをえない。Kを病室に搬送した後における同人对する呼吸蘇生の処置（についてみると）、M看護婦及びI看護婦らが、まず、気道閉塞の有無を確認せず、気道確保の方法を講じないまま、漫然と人工呼吸を行ったこと、しかも、最初に最も効果の少ない胸壁外人口呼吸の方法を選んだこと、さらに、T医師らが、気管内チューブの気管内への挿入、人工蘇生器、閉鎖循環式全身麻酔器の使用等による気道の確保及び人工呼吸の試みがいずれも成功しなかったのかかわらず、気管の切開を行わなかったことは、Kの呼吸蘇生のための処置として、適切なものではなかったというべきである。」

しかし、二審の東京高裁は、つぎのように論じて、Y病院の控訴を認め、原判決を取り消して、 $X_1 \cdot X_2$ らの請求を棄却した。「Kの死亡はこれを麻酔剤のショックを含む麻酔ショックと考えるには時間的矛盾があること、Kは胸腺リンパ体質という

先天的特異体質を有していたこと、そして胸腺リンパ体質と急死との間に有因的な関係が存在することが認められるところ、これらを総合考察すると、Kの死亡は同人が胸腺リンパ体質という先天的特異体質を有していたがために起きたものであって、Y病院における腰椎麻酔を含む本件手術及びその術前、術中、術後の医療措置が不適切ないし不完全であったがために起きたものではないというべく、そして《証拠略》によれば、患者が胸腺リンパ体質を有するか否かは、その身体を診察してもこれを知るに由なく、右体質に基づく急死を防止するための医療措置は、現在のところないのがその実状である。」

〔判例26〕口蓋扁桃腺手術後の回診過誤事件（京都地判昭和四九年一月一日、判例タイムズ三一九号三〇六頁） 昭和

四〇年八月二日、K（小学三年・女兒）は、町立病院の児童集団口蓋扁桃腺手術において、午後五時、N医師の執刀、Y医師の止血処置により口蓋扁桃腺摘出手術を受け入院した。Y医師は、午後八時半、手術を受けた児童全員の術後回診をし、N医師とともに同病院に宿泊した。Kには父母が付き添っていたが、手術創からの多量の浸潤性出血による吐血をくり返し（二日午前零時一合ずつ二回、午前二時洗面器に一杯、午前四時一合）、その都度O婦長に知らせ処置を受けたが、Kが顔面蒼白となり苦痛を訴えるので父親は不安を感じ、午前五時O婦長に医師の診察を依頼した。O婦長は当直医Fの指示を得て、Kに止血剤二本を注射したが、苦痛は治まらず衰弱していった。午前八時、父親が医師の診察を求めるので、O婦長は医師宿舎に赴いたが医師たちが就寝中のため、Kの容態を伝えることができなかった。九時、Y医師は父親の求めによりKを回診して、ブドウ糖・ビタミン混合の輸液処置をN医師に指示し、Nがそれに強心剤ペルサンチンを加えた輸液処置を診療録に記入し、O婦長はその診療録をH看護婦に手渡して指示したが、Hは手術の準備に追われて実施せずにいた。Kは午前一〇時三〇分危篤状態となり、輸液・強心剤注射・輸血・人工呼吸・酸素吸入・吐血物の吸引等の処置も奏功せず、午前一一時二〇分死亡した。

京都地裁は、鑑定結果を総合してKの死因を「手術創からの後出血による失血死」と判断し、それはY医師が午前九時の回診においてKの多量の出血による顔面蒼白・全身衰弱など重篤状態を診察した段階で緊急に適切な措置を講ずべきであったのにこれを怠った過失によるとし、業務上過失致死罪として罰金三万円の刑を言渡した。なお、量刑につきつぎのように論じ、

看護婦らの過失、医療体制の不備などの競合を考慮した。

「本件に関与した看護婦らにも少なからず法律上あるいは道義上の責任が認められ、その過失あるいは不行届が競合して本件事故が発生したものであるが、各立場において少しの配慮があつたならば本件を未然に防ぐこともできたのであって、病院における患者の取扱いに対する医療体制が全体として不備、不十分であつたことは否定できず、ひとりYにその責任を負わすことは酷であること、Yは被害者に対する前記手術を自ら執刀したものではなく、本件過失の態様も、いわゆる診断に関する誤りといえること、Yは、本件が新聞紙上等に報ぜられることなどによって既に医師として社会的な制裁を受けていること、更に被害者に対し哀悼の意を表すると共に、遺族に対し見舞金が支払われていること等諸般の情状を考慮し、主文のとおり判決する。」

〔判例27〕付添人の連絡懈怠事件（金沢地判昭和三十一年四月三〇日、下民集七卷四号一一〇五頁。名古屋高判昭和三十一年二月一三日、最判昭和三十七年一月一九日、最高裁判所裁判集〔民〕五八卷一五一頁） 昭和二十九年五月二八日、B（五歳・女児）は腹痛と吐き気のため、午後二時に父Xの妹S（母の死後母親がわりにBを世話する）に連れられて開業医Y方に赴いた。Yが診察したところ、体温三九度、脈搏九八、咽頭粘膜発赤腫脹し胸部著変なく、背部皮膚に水泡性のもの頭われ、腹部やや膨満柔軟の状態であり、灌腸をすると便には不消化物少量混じり、粘液・膿汁・血液なく未だ疫痢症状は見られなかった。で、扁桃腺炎・急性腸炎の併発と診断し、プロカインペニシリンの筋肉注射をし、フェナセチン、サルゾール、重曹、ビタミンなどの混合水薬を投与し帰宅させた。Bの発熱と吐き気は治まらず、翌日午前零時半ごろから下痢が頻回にあり且つ嗜眠状態となり四肢に震いを生ずるに至つたけれども、Sは深夜のことで睡眠中のYを起こすことを遠慮して朝まで待ち、午前九時ごろBを抱いてY方を訪れ診察を受け擬似疫痢と診断された。応急手当の後、Yの手配により午前一〇時半K大学病院に入院して対症療法を受けたが、その効がなく同日午後八時死亡した。XはY医師の診察上、治療上および看護指導上の過失を主張し、五〇万円の慰謝料を請求した。金沢地裁は、つぎのように論じてYの過失を否定し、むしろ付添人Sの方に看護上の過失があるとしてXの請求を棄却した。Xは、控訴し、さらに上告したが、いずれも棄却された（確定）。

「Sは二九日午前零時半頃からBの症状が変化したことを知り乍らYに之を連絡しなかったのであるから、同女に看護上の重大なる過失が存するものと思料する。蓋し、SはBが昭和二七年七月に一度疫痢に罹ったことを知っており、且つBが今回も疫痢になることを極度に恐れていたのであるから、二九日午前零時半頃よりBの嘔吐下痢が頻回となる症状に変化した場合には、たとえ医師の指導がなくとも直ちに医師に連絡して医師の指示を受くべきことは通常人の通常執るべき手段である。殊に疫痢は急激に悪化進行する症状であるから之を危惧する場合は尚速やかに医師に連絡すべきである。然るに時刻が深夜であるから就寝中のYを起こすことが気の毒である等と謂うような悠長なことを言っておれる時期ではないのであるにも拘わらず、同女は之を放任して医師に連絡する手段を執っておらず、二九日午前九時頃迄放置していたのである。これは常識ある人の処置ではなく通常人としての注意義務を著しく欠缺しているものと評せざるを得ない。従つて、Sには看護上の重大な過失が存するのであり、此の過失は爾後の患者に対する適切有効なる医療処置の機会を失わせたものであつて、此の過失はBの死亡に対して決定的な原因を与えたものと思料する。」

- (一) 高田利広『看護の安全性と法的責任「第一集」』（日本看護協会出版会、昭和五一年）八五頁参照。
(二) 高田利広・右掲書二二四頁参照。

(四) 環境管理

(1) ベッド等の安全管理

入院患者の多くは、生活時間のほとんどをベッドの上で過すことになるが、身体がきかないとか、患者や付添人がベッドに慣れていないとか、あるいはベッドの高さが高い（診療上の必要から家庭用のベッドよりは高くなっている）とかのために、思わざる事故が起こる。とくに小児、老人、四肢に機能障害のある者などの場合は、

ベッドからの転落その他の事故が起きやすいので、看護にあたっては、柵のあるベッドを使用し、かつ必ず柵の留金を確認するなど注意しなければならない。

幼児患者がベッドからずれ落ちた事例として「判例28」がある。気管支炎の幼児患者につき安静を保つ必要から布製抑制帯を装着しベッドに仰臥させて看護にあたっていたところ、抑制帯の胸当とその帯部とを結縛しないで使用していたことと、ベッドの防護柵を下げたままにしていたことから、患者が体動してベッドからずり下がり、抑制帯の胸当に頸部を懸けて仮死状態となり、遂に死亡するに至った事故である。看護婦が抑制帯の胸当が緩んでいたこと、防護柵が下がっていたことに気づきながら、その場を離れたのは業務上の過失であるとして起訴されたが、判決は、看護婦にそうした注意義務違反行為があったとしても、それと死亡との間に因果関係が認められないとして無罪とされた。これには、一歳半の病児を二時間近くも観察しないでいた点で、看護義務を誠実に尽したとはいえないではないか、との批判がある^(二)。

重症患者がベッドから転落した事例としては「判例29」がある。看護婦が小脳腫瘍手術後数日の患者につき、その身体を清拭した後、付添人（患者の父親）に対し「後はお願います」といってベッドの金枠の留金をかけずに病室を立ち去ったところ、その直後に付添人も席を立ち病室外に出ている間に患者がベッドからリリウム張りの床上に転落した事故において、患者側が、眼震および言語障害などの後遺症が生じたのはベッド転落の結果であり、それは看護婦が金枠の留金をしなかったためであると主張した事案である。判決は、看護婦の行為は軽率であつたが、付添人にも責任の一半はあるとし、また転落と後遺症との間に因果関係が認められないとして、病院の使用責任を否定した。妥当な判決であろう。ただし、こうした重症患者に柵のあるベッドを使用しているのは、柵でガードしておかないと転落の危険があるためであるから、担当看護婦としてはベッド柵の安全管理を他人まか

せにすることなく自らこれを勵行すべきである。

ベッド転落事故の中には、ベッドが窓側に近づけてあったために、小児が窓の外の地面に転落して死亡するといった悲惨な事例もある。たとえば、入院中の幼児が同じ病院五階に入院中の兄の病室に遊びに行き、窓に接していたベッドの上で遊んでいるうち、立ち上がろうと窓の網戸に手をかけたところ、網戸が外れて網戸もろとも中庭地上に転落し死亡した〔判例30〕がそうである。判決は、病室に出入りする医師と看護婦はベッドの位置に気をつけるべき注意義務を怠ったとして、病院の使用者責任を認めた（ただし、付添人がベッドを窓につけたことや、ベッド上にいる幼児に注意を怠ったことを被害者側の過失とし三割の過失相殺を認めた）。これに極めて似ているものに〔判例38〕があるが、これは小児科病棟としての窓の転落防止設備の不備が問題になったので、施設設備管理の項においてとりあげることにする。

ベッドではないけれども、同じような転落事故として、新生児が体重計から転落するという惨い事例もある。

〔判例31〕は、看護婦が新生児を体重測定のため体重計の上皿に乗せて、一時そこを離れていたところ、新生児が動いて滑ったらしく、その下にあった熱湯入りのバケツ内に転落して熱傷等により死亡するに至った事故において、看護婦に業務上過失致死罪の刑事責任を命じた。新生児も乳幼児も、いつ不意に体動するかわからないものであるから、右のような不安定な所に置く場合は片時も看視を怠ることのないように細心の注意が要求されるのである。

そのほか、裁判例以外に、医療現場から、老人患者や小児患者のさまざまなベッド等からの転落事故の例が報告されている。^(三)

なお、これらに類似する事故として、〔判例32〕のような診察台の落下事故がある。医師の指示により診察台（高

さ〇・八m、幅〇・五m)の上で体位を伏臥位から仰臥位に転換しようとした際に台の床部分を支えている留め具がはずれて床部分が落下し、左環指(薬指)挫創および左環指末節骨折の傷害を負った事故である。判決は、診療所経営者や担当医師は、医療に使用する器具や設備について、患者に害を与えるおそれのない安全なものを備え、かつ常に安全性の確保に留意すべき注意義務を負うものであり、仮に患者が多少乱暴な動作をとった衝撃により床部分が落下したものであるならば、診察台は安全性に欠けていたものというべく、そうした器具を診療に使用していた医師および経営者の責任であるとした。患者が透視台に側臥位になってX線撮影中に、透視台から床に倒れて、視野狭窄・視力減退の後遺症を生ずるといった事故もある。^(三)これらは看護婦の事故ではないが、しかし、こうした診察台の準備や管理、検査の補助などの仕事は、看護婦が担当することも少なくなく、その場合にはこうした安全管理の注意義務が要求されることになる。

(2) 保温・暖房器具等の安全管理

とくに保温を要する患者には、湯たんぽや電気あんかななどの保温器具を用いることがあるが、体動の不自由な患者や幼児のなどの場合には、温度に対する感覚が鈍いとか、熱さを感じても身体を動かせないなどのために、熱傷を負うことがある。そうした患者の看護にあたる看護婦には、保温器具の使用前の点検、使用する際の安全の確保、使用中の巡回観察、これらについての付添人に対する指導などの注意義務が要求される。^(四)

保温器具による熱傷事故の判例としては、湯たんぽ事故と電気あんか事故とが知られている。「判例33」は、妊娠中絶および卵管結紮の手術を受けた患者に対し、看護婦が手術後に患者の足許に湯たんぽを置き、その取扱いを付添婦に任せていたところ、患者が熟睡中に湯たんぽの熱で足に第三度の熱傷を負った事故である。判決は、病院が完全看護(基準看護)の制度をとらず患者の身の世話は患者が依頼した付添婦の仕事としていた(湯たんぽの

取扱いは常識ある通常人ならば誰でも容易になしうることで、格別医師または看護婦の指示を仰ぐまでもないもので、看護婦が湯たんぽの取扱いを付添婦に任せたことに過失はなく、また付添婦は病院の被用者ではないから、病院に使用者責任はないとした。もし、この病院が基準看護制をとっていれば、看護の一次的責任は看護婦にあり、湯たんぽの取扱いは看護婦の職務に含まれるものと考えられるから、付添婦に対する指導を怠った点を含めて看護婦の過失の問題となる。^(五)「判例34」は、子宮外妊娠の患者が手術後に病室で意識のない状態で就寝中、看護婦が両足下に入れていた湯たんぽにより、両足下腹部に骨に達する熱傷を負った事故において、開業医と看護婦が損害賠償責任を命ぜられた事例である。

また、「判例35」は、虫垂切除手術を受けた患者に対し、看護婦が手術後に患者の足許に電気あんかを置き、その上に患者の両足をのせ、毛布、離被架、布団をかけておいたところ、患者は眠りに落ち、腰椎麻酔で下半身の感覚がないため過熱に気づかず、約三時間後に両足のかかと部分に熱傷が発見された事故である。判決は、看護婦が麻酔により下半身の麻痺している患者に対し電気あんかを使用するにあたっては、電気あんかを足部から相対の距離をおいて足部との接触を避けるべき注意義務があるのに、これを怠ったとして病院側の責任を認めた。病院側は、電気あんかを足に近づけたのは付添人であると主張したが、仮にそうだとしても、この病院のっている基準看護制においては看護の一次的責任は看護婦にあるのだから、看護婦は、こうした危険を予想して付添人に器具の取扱につき注意をうながしておくとか、適時に巡回して安全を確認するなどの注意を尽す義務があるものといえよう。^(六)そのほかにも、湯たんぽ、電気あんか、電気こたつ、温湿布などによる熱傷事故が報告されている。^(七)

つぎに、室内暖房に伴う事故であるが、従来のストーブ類のように燃焼によるガスが室外に強制排気されない暖

房器具の場合は、定時的に窓換気等を行わないと、ガス中毒事故等を引き起こしやすい。〔判例36〕は、交通事故で入院し手術を受けて手術室に就寝中の患者が、看護婦から付添人に対しガーストープの操作方法および窓換気等について指示がなく、また医院の誰も窓の開放を行わなかったため一酸化炭素中毒により死亡するに至った事故である。判決は、医院管理者は事故防止のため自らまたは看護婦をして、適時に窓を開放せしめ、または手術室に換気口を設けるなどして、中毒事故の発生を未然に防止すべき注意義務を懈怠したものととして、医師の不法行為責任を認定している（ただし、付添人も部屋の換気等により事故を防止すべき注意義務を懈怠したとして二割の過失相殺を認めた）。

(3) 病室内の安全管理

ベッド周辺ないし病室内においては、右にあげたもの以外にも、さまざまな事故が起きるので注意を要する。たとえば、〔判例37〕は、腎臓疾患の治療のため入院中の幼児患者が、看護婦の用意した湯茶入り水筒を取ろうとしたところ、その水筒が傾き、胸部と腹部に熱湯を浴び、瘢痕ケロイドの傷痕を残した事故で、病院に損害賠償責任を命じた事例である。和解事例にも、ネフローゼ症候群のため入院中の女児患者（六歳）が、夕食用にと看護助手が床頭台の上に載せておいてくれた湯のみを、ひっくり返してしまい、胸腹部に二度の熱傷を負った事故で、病院側が母親不在中に幼児に熱湯であることを注意せずにお湯を配ったことの責任を認めて、二二〇万円の慰謝料を支払うことで和解が成立した事例（昭和五五年六月二日）がある。いづれも、幼児患者の安全管理についての過失であり、注意を要する事例である。

新生児・未熟児については、爪で顔を引っ掻くのを防止するため、手にガーゼの覆い（手袋状）をすることがあるが、そのガーゼの糸が指に巻きついて食い込み、指が壊死状態となって、切断せざるをえなくなるといっ

た事故が多い^(九)。こうした新生児や乳幼児患者の事故を防止するためには、身につける物や付近に置く物の安全性に注意することと、継続的看視を怠らないことが肝要である。

(4) 院内の施設設備等の安全管理

病院においては、入院患者および外来患者のみならず、付添人や見舞客などの身体・生命の安全にも注意しなければならぬ。「判例38」もいうように、「人の生命、健康を守ることを目的とする病院においては、その入院患者は勿論、そこへ出入りする患者の家族や見舞客等関係者の身体、生命の安全確保には何にもまして留意しなければならぬ」のである。患者およびその関係者の院内における安全は、(イ)看護婦等の看護業務上の注意義務と、(ロ)施設設備の設置および管理上の注意義務との両方が励行されてはじめて確保されるものである。不測の行動に出やすい幼児などの出入りする所や小児科病棟等においては、とくに注意を要する。

〔判例38〕は、病院四階小児科病棟に入院中の従姉を見舞いに訪れた幼児が、母親がむつきを探している間に、従姉のベッドの上でバランスを失い、開いていた窓から外に転落して死亡した事故であるが、判決は、当日事故前に投薬のため同病室にきた看護婦がベッドが窓に密着していることに気づいたのに黙認していたことも問題だが、付添人へのオリエンテーション（ベッドを窓から離せ、幼児連れの面会は遠慮せよなど）も徹底できない実情からして、転落防止の手すりや施錠などの安全設備が不可欠であるのに極めて不備であったことに問題があるとして、病院（市）の営造物の設置・管理の瑕疵に基づく損害賠償責任（国家賠償法二条）を認めた。(イ)看護婦の注意義務については、ベッドの位置の異常に気づきながら黙認したこと、子連れの見舞客に注意を与えていなかったことなどの点は問題であるが、看護婦数不足等の事情からしてやむをえなかったものと認める一方、(ロ)施設設備の設置および管理上の注意義務については、看護婦数不足等のため付添人へのオリエンテーションも徹底できない実情にあ

るからこそ、小児科病棟には転落防止の手すりや施錠などの安全設備が不可欠であったとして、病院設置者の営造物の設置および管理上の責任を認定したのである。

これとよく似た前掲「判例30」の場合も、原告患者側が、(イ)医師および看護婦の看護上の過失のほかに、(ロ)病院の建物の設置および保存の瑕疵の責任（民法七一条）も主張したが、判決は、(ロ)には触れず、(イ)について検討して医師および看護婦の過失を認定し、病院に使用者責任を命じた。(ロ)について論じなかったのは、本件患者は救急治療を要するのに小児用空きベッドがなく、やむをえず大人用（窓に転落防止用柵のない）病室に収容したという事情を考慮したことによるものと思われる。要するに、「判例38」は、小児科病棟であるのに転落防止の安全設備をしていないことは過失であるとし、「判例30」は、大人用病室であるから転落防止の安全設備をしてなかったのは仕方がないが、医師や看護婦がベッドの位置に注意しなかったことは看護上の過失であるとしたのである。

不測の行動に出やすい幼児を収容する小児科病棟等に転落防止の安全設備をすべきであることは右に述べたとおりであるとしても、小児科病棟等以外でも幼児の転落事故は起こる。そこで、どのような範囲において転落防止の安全設備を設置すべき義務があるのかが問題となる。たとえば、「判例39」は、子連れで病院外来に来ていた母親が、二階待合室でむずかる次男（生後三月）に授乳していた間に、男長（一歳一月）が待合室から離れ階段方面に行って遊んでいるうち、階段の手摺の間から約三・四メートル下の一階床面に転落して死亡した事例である。判決は、本件のような事故は容易に予測されうるにもかかわらず、階段の手摺を幼児が隙間から身を乗り出すことができないようにするとか、転落防止のための防護網を設けるなど、事故の発生を未然に防止する設備を備えていなかったものであるから、その設置および管理に瑕疵があったというほかはないとして病院（市）の営造物の設置・管理の瑕疵に基づく損害賠償責任を認めた（ただし、母親の監督上の過失につき過失相殺を認めた）。本判決は、

一般論として、営造物の設置・管理の瑕疵は、法令の規定とか、設置した本来の用途ないし目的の見地から抽象的に判断するだけではなく、「当該営造物全体の中で現実に営んでいる働きや周囲の状況などを具体的に検討し、通常予想される危険の発生を防止するに足りる性質、構造を備えているか否かによって判断すべきである」と論じているが、妥当な見解といえる。

病院が飼育している動物による事故も問題である。病院が動物を飼育する場合には、幼児患者たちが動物の小屋に近づいて被害に逢うことのないよう保管・管理しなければならない。もし、その動物が人に害を加えた場合は、病院が相当の注意をもって保管していたことを立証しない限り賠償責任を負うことになる（民法七八条）。「判例40」は、通院中の母親についてきた幼児が病院前庭に飼育保管中のかにくい猿の小屋に近づき手を猿に噛みつかれ薬指第一関節部分を完全に喰いちぎられるという傷害を受けた事故において、病院に猿の飼育保管につき過失があったとして損害賠償を命じた（なお、一審では、母親にも幼児を自分のそばにおくか、治療のためやむをえないときは看護婦等に看視を頼むなどして危険な場所に行かないよう注意する義務があるのにこれを怠ったとして過失相殺を認めたが、二審は、母親に非難に値すべき過失はないとした）。

病院の火災等による患者の死傷事故の責任も問題となる。重症患者や小児患者はいうまでもなく、一般に患者は健常者とは異なり、災害時に自ら避難行動をとることが難しいことからして、(1)看護婦等の病院職員には患者を避難誘導し救出すべき義務があり、(2)病院管理者には、そうした患者の避難誘導・救出を適切に行えるような体制および訓練等の措置を講じておく義務があるものといえよう。「判例41」は、病院火災で入院中の新生児三名を含む六名の死傷者を出した事故で、暖房用配管パイプ解凍のためガストーチランプを不用意に使用して失火の原因をつくったボーイラーマン、火災時に患者の避難・救出を適切に行えるような体制や訓練等の措置を講じておく義務のあ

る病院長および常務理事が、業務上過失致死傷罪の責任を問われた事例である。判決は、ボーラーマンを有罪としたが、病院長および常務理事については無罪とした。無罪とした理由は、本件死傷事故は当直看護婦（経験三年半の見習看護婦）が患者を救出できる時間的余裕があったのに、ただ避難を訴えて廊下をうろろし充満してきた煙に驚き非常口付近で立ちすくんでいて、救出活動をしなかったために起きたものであり、当時の当直員の質・量および物的設備の下で回避不能であったとは認められないので、病院管理者に六名死傷という具体的結果に対する予見義務を負わせることはできないというにある。すなわち、(イ)看護婦の救出義務における過失が問題であって、(ロ)病院管理者の避難誘導・救出に関する体制および訓練等の措置を講じる義務における過失はないというのである。

(5) 院内感染の防止義務

入院治療を受けている患者が病院において新たに他の感染症に罹患することがある。病院内には、他の施設や集団よりも感染症が多発しやすい要因があるといわれている⁽¹⁰⁾。こうした院内感染は、医師や看護婦等の職員が被害者になることもあるが、加害者になることも少なくない。ここでは、後者すなわち患者の院内感染の事例をとりあげ、それを防止するための医師や看護婦の注意義務について考える。

入院患者の中には、感染に対して異常に抵抗力の弱いものが含まれているために、普通なら軽症で済むような感染が進行性になったり、重篤な転帰に向かったりすることがあるといわれる⁽¹¹⁾。事実、院内感染事故の判例をみると、抵抗力の弱い新生児の感染事故が目立つ。新生児への感染を防止するためには、最善の注意をもって新生児室・未熟児室の衛生管理をしなければならない。また、伝染性疾患に罹患したはその疑いのある看護婦その他の職員が、新生児室または新生児室と空気循環のあるナースステーション等に入出入りすることのないように厳重な注意をすべきことはいうまでもない。

新生児室の衛生管理の不備が問われた事例としては、病院で同時期に出生した子どもたちがいずれも黄色葡萄球菌感染症に罹患し、その治療のために多量に連続投与した抗生物質カナマイシンの副作用により高度の聴力障害を負ったという〔判例42〕がある。判決は、新生児室の衛生管理が不十分で、新生児の臀部の清潔が保たれていない状態にあったため黄色葡萄球菌感染症に罹患したものと推認されとし、その治療に副作用の少ない他の抗生物質を用いず、副作用の大きいカナマイシンを使用した点にも過失があったとして病院の使用責任を認めた。

結核発病の疑いのある看護婦等を未熟児室に勤務させていたことが問題とされた事例として、出生後間もない子どもたちが適正な看護と栄養供受を目的として日赤産院に入院したところ、退院後、初感染乳児肺結核に罹患していることが判明した〔判例43〕がある。判決は、これは未熟児室において感染したものと推定されとし、当時未熟児室勤務の看護婦が肺結核症であることがわかったのに職場から隔離する措置もとらずにいたこと、未熟児室と空気循環のあったナースステーションの衛生管理も不備であったことなどをもって感染防止義務違反とし、産院に不法行為責任を認定した。未熟児室・新生児室と空気循環のあるナースステーションの場合は、その衛生管理は未熟児室・新生児室に準じて厳格になされる必要があるとしたことも妥当な見解といえよう。なお、刑事責任については、不起訴処分で終わったようである。^(二二)

〔判例28〕 幼児患者抑制帯死亡事件（東京地判昭和四九年六月二四日、メディカル・ダイジェスト二四卷三号、法務総合研究所・医療過誤に関する研究〔法曹会、昭和四九年〕二二六頁） 幼児D（一歳六月・男児）は、昭和四六年九月三〇日、母親に連れられて日赤某病院の小児科で診察を受け、気管支肺炎と診断され、直ちに入院した。同病院では、患者の安静を保つ必要から布製抑制帯を装着し、Dをベッドに仰臥させて看護にあたっていたところ、翌一〇月一日午前一時三〇分頃、Dに装着していた抑制帯の胸当とその帯部とが結縛されないまま使用されていたことと、ベッドの防護柵を下げたまま仰臥さ

れていたことから、Dが体動しその下半身をベッドからはみ出したらしく、ずりさがって右抑制帯の胸当にその頸部を懸けた格好で仮死状態になっていた。雑役婦Aがこれを発見し、直ちに看護婦Bに知らせ、同看護婦が人工呼吸を施す一方C医師にも連絡し、同医師らとともに救命措置を講じたが、ついに同日午後一時三〇分死亡するに至った。患者の哺乳、検温にあたったH看護婦が、抑制帯の胸当が緩んでいたこと、防護柵が下がっていたことに気づきながら、そのままにしてその場を離れた点を過失として、業務上過失致死罪（刑法二二一条）で起訴された。しかし、東京地裁は、つぎのように論じてHを無罪とした（確定）。

「被告人は抑制帯の装着点検について、公訴事実記載のような業務上の注意義務違反の行為があったとしても、右行為と同児の死との間に因果関係があるとの証明がないことに帰する。（すなわち、縊首による窒息死とはいえないと判断した。）」

〔判例29〕手術後患者のベッド転落事件（福岡地判昭和四二年一〇月六日、訟務月報一三卷一二号一五〇三頁） X（女性）

は、昭和三六年九月二六日小脳腫瘍の疑いで国立大学付属のY病院に入院し、同月二九日M医師ほかにより手術が行われ経過は良好であった。同年一〇月一日、O看護婦はXの身体を清拭した後、付添っていたXの父親Hに対し「後はお願います」といってベッドの金枠の留金をかけないで（Hが付添いに慣れていたので当然金枠の留金をかけてくれるものとOは思った）病室を立ち去ったところ、その直後Hも席を立ち廊下に出て洗面をして病室に戻ってみると、Xがベッドからリリウム張りの床上に転落していた。Xは、その後約二週間意識を回復せず重篤状態を続けた末、同月一五日に至り意識を回復したが、眼震および言語障害の症状を併発するに至った。その後快方に向かったので同年一二月一二日に退院したが、Xの右症状はなお続いている。そこで、Xは、O看護婦の過失により右後遺障害が生じたとし、被告国に対し使用者責任に基づく損害賠償を請求した。しかし、福岡地裁は、つぎのように論じ、看護婦は軽率ではあったけれども、右転落と右後遺障害との因果関係にも証拠がないとして、Xの請求を棄却した。

「看護婦Oが当時病床に付添っていたXの父Hにおいて適宜の措置をとってくれるものと軽信して『後はお願います』と云ってベッドの金枠の留金をかけないで病室を立ち去った点についてはいささか軽率のそしりを免れないが、右病室に付添っ

て看護の補助をしていたXの父Hも適当な措置をとらないまま洗面に行っている間に本件事故を起こした点については責任の一半を負うべきであり、したがってこれを総合的に考察すると病院側に法律上の過失の責任を問うことは妥当でないと考えられるのみならず、Xの主張するようにXが右転落により手術箇所付近の後頭部を打ち脳内溢血を起こしたとの点、およびその結果Xの現在の症状が発生したとの点についてはいずれもこれを具体的に裏付けるに足る証拠がない。」

〔判例30〕 幼児患者病院窓からの転落死亡事件（盛岡地判昭和四七年二月一〇日、判例時報六七一号七九頁） 急性胃腸炎のためY大学付属病院に入院中の幼児S（三歳・女児）は、昭和四三年四月二三日には回復に向かい、同じく同病院五階に入院中の兄H（四歳）の病室に遊びに行き、窓に接していたベッドの上で遊んでいるうち、見舞いに来た父X₁の姿を見て喜び、立ち上がろうと窓の網戸に手をかけたところ、網戸が外れて網戸もろとも約一メートル下の中庭地上に転落し、頭蓋底骨折により約二〇分後に死亡した。Sの父母X₁・X₂の両名は、建物の設置・保存の瑕疵に関する所有者責任（民法七一条）または医師・看護婦の過失に関する使用者責任（民法七一条五）を主張し、Yに対して、Xらに各二八六万円の損害賠償をするように請求した。

盛岡地裁は、前の患者の治療の都合で移動したベッドを医師・看護婦たちが正規の位置に戻さずにおいたことが危険の出発点であり、それでも当初はベッドが窓から四〇センチほど離れていたのに後に誰かが窓につけたため本件事故が起きたのだとし、病室に出入りする医師・看護婦はベッドの位置に気をつけるべきところそれを怠ったとして、Y病院の使用責任を認めた。ただし、付添人がベッドを窓につけたこと、ベッド上にいるSに注意を怠ったことを被害者側の過失とし、三割の過失相殺を認め、各二〇〇万円の損害賠償をYに命じた（控訴、昭和四八年二月一六日和解）。

「Hのベッドは何者かによって窓際に押し付けられたものと認められる。誰がそれをしたにしても、担当の医師や看護婦が、せめて初めに設けた間隔の確保に注意していた（医師や看護婦として患者に対する安全確保の責任上当然果すべき注意義務である）なら、一旦窓際に押し付けられたベッドを元の位置に戻すことができたはずである。本件の場合右の注意義務を果すべき時間的余裕は十分にあった。ベッドが窓に接したのはおそくも午後零時頃であり、事故は午後六時二五分頃である。」

その間において、午後零時前後にはI医師、K医師及びO看護婦がHに対する点滴のため病室に入っており、午後一時半頃にはM看護婦がH及びSに対する注射のため、午後一時頃から三時頃までの間にはT医師が同室の患者の診察のため、午後五時頃にはO看護婦がHの点滴針を抜くため、午後六時にはN看護婦がHの検温のため、午後五時四五分頃及び午後六時すぎにはP看護婦が同室の患者にに対する処置のため、いずれも病室に入っている。そして、以上の誰もが全くベッドの位置について気を付けていない。これは医師及び看護婦としての注意義務に違反するものであり、かつ前示の常識にそむくものである。故に、前記医師及び看護婦は過失の責を免れず、被告は使用者としての責任を免れない。」

〔判例31〕 体重計測中の新生児転落事件（大分簡略昭和三十九年三月七日、法務総合研究所・医療過誤に関する研究二二五頁） O赤十字病院産婦人科において、被告人看護婦Yが、新生児S（生後四日・男児）を、体重測定のため、床上九八センチメートルの体重計の上皿に乗せたが、別の用事のためそのまま一時その場所を離れているうちに、Sが動いて滑ったらしく、その下に置いてあった摂氏五〇ないし六〇度の熱湯入りのバケツ内に転落し、熱傷および生活力萎縮症の傷害を負い、死亡するに至った。大阪簡裁は、つぎのように論じ、Yを業務上過失致死罪として罰金八千円の刑に処した。

「体重計の上皿は縦五五センチメートル、横三〇センチメートルで、縁もなく足元の方が低く傾斜した金属製の滑り易いものである上、新生児の運動により上下に振動する不安定なものであり、新生児をその上に放置すればその動きにより上皿から転落することは十分考えられたのであるから、このような場合被告人としては前記Sを籠の中等安全な場所に移すか………してからその場を離れる………注意義務があるのにこれを怠り………体重計の上に放置したままその場を離れた過失により（上記のように）傷害を負わせ、死亡させた。」

〔判例32〕 診察台落下による患者負傷事件（名古屋地判昭和五五年九月一日、判例タイムズ四三〇号一三〇頁） X（男性）は、昭和五二年二月二日、Y₁医師経営の医院（皮膚・泌尿器科）で尿道炎の診療を受けるため、Y₂医師の指示により診察台（床部分までの高さ〇・八m、幅〇・五m、床部分は頭部の方が一〇度の上勾配になっていた）の上で体位を伏臥位から仰臥

位に転換しようとした際、その台の床部分を支えている支柱の留め具がはずれて同床部分が落下し、左環指（薬指）がその下敷きとなり、左環指挫創および左環指末節骨折の傷害を負った。直ちにY₂医師から切断部縫合などの応急処置を受けた後、翌日から翌年三月一三日までM外科にて通院治療を受けて治癒したものの、左環指先端部下組織欠損などのため同指の若干の短縮、同先端部の感覚異常（冷感、しびれ感）の障害を被っている。そこで、Xは、その右体位転換に際し、Y₂が診察台に振動を与えるおそれのある行為を避けるよう指示せず、かつ、右床部分の留め具のかみ合せ状態を十分点検確認しなかった過失があったとして、不法行為を理由にY₂に、その使用者であることを理由にY₁に、五三四万円の損害賠償を請求した。これに対しY₁・Y₂らは、Xが乱暴な動作でバウンドするようにして体位転換し、台の部分が浮き上がったため支柱の留め具がはずれて事故が起きたもので、Y₂に過失はなく、仮に過失があるとしてもXの過失も斟酌すべきだと争った。名古屋地裁は、つぎのように論じて、Y₁・Y₂らは連帯してXに一二三万円の損害賠償をすべきことを命じた。

「被告Y₁は医師であるとともに診療所経営者として、被告Y₂は診療所の医師として、いずれも、同所を訪れる患者の生命、身体、安全確保に努めるべき責務を負い、被告らが同所で行う医療に関して使用する器具、設備についても、患者の生命、身体に対し医療以外の侵害を与えるおそれのない安全性の確保されたものを備え、かつ常にその確保に留意すべき注意義務を負担しているものというべきであって、右器具、設備の使用にともなう、患者の生命、身体に対し医療以外の侵害が生じた場合には、特段の事情のない限り、右注意義務に違反したものと見て、右侵害によって患者の被った損害を賠償すべき責任を負うものと解するのが相当である。《中略》仮に被告Y₁らの主張するように、Xが右の程度の「乱暴な」動作をとり、その衝撃によって床部分が落下したものであるならば、当該診察台は明らかに安全性に欠けていたものといわねばならず、かかる器具を使用して診察行為にあたっていた被告らこそ責められるべきである。」

〔判例33〕妊娠中絶手術患者の湯たんぼ熱傷事件（京都地判昭和四〇年一月一四日、医療過誤民事裁判例集二八〇一頁）

X（女性）は昭和三十一年一月一九日Y病院に入院し、翌二〇日午後二時から四時まで全身麻酔のうえ妊娠中絶および卵管結紮の手術を受けた。手術後、看護婦Hが患者Xの付添婦として雇われたIとともにXを病室に運び、Xの足許から握りこぶし

一つほど離れた位置に湯たんぽを置き、その取扱いをIに任せたとところ、Xは熟睡中に湯たんぽで足に第三度の熱傷を負った。Xは、この熱傷は看護婦Hおよび付添婦I兩名の療養上の世話における過失によるものだから、右兩名の使用人たるYがその責任を負うべきであると主張し、Yに三五万円の損害賠償を請求した。京都地裁は、①Y病院は完全看護の制度をとらず、患者の身の世話に患者が依頼した付添人の仕事とし、Xもこれを承知してY病院の紹介によりJ家政婦会所属のIを雇っていたのであり、IはY病院の被用者ではないから、XがYに対しIの使用人としての責任を追及するのは失当である、②HはXをベッドに寝かせたとき湯たんぽの置場を変えたほかXが熱傷するまでの間にこれに触れた形跡はなく、その後Iが湯たんぽの置場を度々変えているのだから、右火傷がHの湯たんぽ取扱いに基因するものとはいえない、③Hが湯たんぽの取扱いをIに任せつきりにしたこともHの過失とはいえないとして、Xの請求を棄却した。なお、③については、つぎのように論じている。

「Y病院ではいわゆる完全看護の制度を採用せず、Xの身の回りの世話一切はX自身またはその付添婦たるIに一任され、Xも入院当初からこのことは十分に承知していたとみうるから、Hの看護婦としての職責は医師の指示にもとづくXのための医療行為に限られていたものといえる。そして、Xが湯たんぽを使用したことがその手術後の医療行為のために直接必要であったことについて何らの主張立証もない以上、入院当時の季節からみて単に暖房のためであったと解さざるをえず、結局湯たんぽの取扱はXの身の回りの世話に含まれ、看護婦たるHの職務に属さないといわなければならないから、これにつきHに過失はなかったといえる。そればかりか、結局湯たんぽの取扱の如きは、常識ある通常人ならば誰でも容易になしうることであり、格別医師または看護婦の指示を仰ぐまでもないところであるし、殊に本件の場合には、患者の取扱に経験のあるIが院長から寝ずに看護するよう指示され、かつ、その旨をXに伝えたのに、Xは敢てIを就寝させていることに思いを到せば、X自らもIと十分に連絡をとり熱傷などしないように特に配慮すべきであった。」

〔判例34〕子宮外妊娠手術患者の湯たんぽ熱傷事件（山口地岩国支判昭和四五年一〇月二〇日、加藤一郎・鈴木潔編・医療過誤紛争をめぐる諸問題〔法曹会、昭和五一年〕三八一頁） 子宮外妊娠手術後、病室で意識のない状態で就寝中、看護婦が

患者の両足下に入れていた湯たんぽにより、両足下腹部に達する熱傷を負った事故において、患者側が開業医および看護婦を相手に、一六四万八、〇〇〇円の損害賠償を請求したのに対して、判決はその一部を認容し、四〇万三、六一八円の損害賠償の支払を命じた。

〔判例35〕虫垂炎手術患者の電気あんか熱傷事件（東京地八王子支判昭和四五年六月二五日、メディカル・ダイジェスト二三卷九号〔昭和四九年〕、高田利広・看護の安全性と法的責任（第一集）〔日本看護協会、昭和五一年〕一五二頁） 昭和四二年一月二日、X（一九歳・女性）はY病院において虫垂切除手術を受け、午後二時一五分に終了して病室に運ばれた後、M看護婦らにより足もとの電気あんかの上に両足をのせてもらい、毛布、離被架、布団をかけてもらって、そのまま眠りに落ちたが、午後五時ころ麻酔から覚めるにつれて足が熱い感じがして目覚め、看護婦をインターホンで呼んでみてもらったところ、両足のかかと部分に熱傷が発見された。Xは、虫垂炎手術後の経過はよく、同月八日に退院したが、この熱傷の治療のため、翌四三年一月一五日までしばしばY病院に通院し、水泡被膜切除などの治療を受けた。しかし、経過は思わしくなく、植皮による治療を受けることになった。同月一六日にN大病院に入院して、同月一七日に、壊死した右足二・二×二・二cm、左足一・五×一・五cmの部位に皮膚移植を受けたが失敗し、二月一二日および四月一三日、再度移植ないし縫合手術を受けて、ようやく五月九日に一応治癒の診断を得た。両足の熱傷部位と左腰の皮膚切除部分には黒い瘢痕が残り、とくに左腰はケロイド状となり、これらは将来ともに回復の見込みがなく、また暖房したときは足がかゆく、新しい靴をはくと左足から出血することがあり、サンダルや水着を使用すると瘢痕が見える。そこで、Xは、看護上の過失（腰椎麻酔のため下半身の感覚を失い数時か、途中で間覚醒しないことも予想される状況にあったのに、看護婦がその危険を予想して付添人に注意を促すと自ら安全確認をするなどの注意をせずに放置していた）を主張して損害賠償請求の訴えを提起した。判決は、看護婦の注意義務について、つぎのように論じ、Y病院に対して慰謝料七〇万円の支払を命じた。

「麻酔のため下半身が麻痺している者は正常の睡眠の場合と異なり、電気あんかが熱くなっても自発的に足を離したりあなかを押しのけたりすることはできないのであり、たとえ性能に故障のない電気あんかであってもその表面に長時間接触すれば

熱傷の原因となりうるのであるから、かような患者を看護する看護婦としては、電気あんかを使用するにあたっては必ず足部から相当な距離を保ち、あんかと足部との接触を避けるべき注意義務がある。……身体にかような痕跡を残されたことにより、将来の結婚生活（や）配偶者の選択に関して、多少とも危惧、ひけ目、恥辱を感じることであろうし、たとえその痕跡がふだんは目立たない部位にあり、生活機能上の障害はほとんどないものだとしても、これによる心理的な傷跡、ショックは小さいとはいえない。」

〔判例36〕治療室内一酸化炭素中毒事件（山形地判昭和四七年九月一日、判例時報六九二号八五頁） T（五八歳・男性）は、昭和四二年四月三日、定年退職したばかりの中学校の歓送会に招かれて酒に酔って歩行中に、午後八時ころ自動二輪車にはねられて頭部顔部等打撲症の傷害を受け、被告Y外科医院に収容されて、Y医師から右傷害の治療を受けたが、たまたま同医院が満床で空室がなかったため、同医院手術室で付添いの妻X₁と共に同夜九時ころから翌日朝にかけて就寝中、同室にあったガスストーブの燃焼により生じた一酸化炭素による中毒にかかり、その結果ついに同年一〇月二〇日に死亡するに至った。そこで、Tの妻X₁および子X₂、X₆らは、医院管理者Yおよび手術室を管理していた看護婦Kの過失を主張し、Yに対し、民法九〇七条による、またはK看護婦の使用人として民法九一五条による損害賠償として、一、二二〇万円（X₁は三九〇万円、X₂ら五名は各一六六万円）の支払を請求した。

山形地裁は、Tの死因を一酸化炭素中毒と認定したうえ、つぎのように論じて被告Yの過失を認定するとともに、付添いの妻X₁にも注意義務（付添人も部屋の換気等医学上の専門的知識を要しない事項については、それに基づく事故の発生を未然に防止すべき注意義務を負う）の懈怠を認め、これを被害者側の過失として二割の過失相殺を認め、Yに対し四四九万円（X₁に九二万円、X₂ら五名に各七一万円）の損害賠償を命じた（確定）。

「手術室は、その広さが約一七平方メートルで気密室のため、窓を閉じた場合、若干の隙間風も入らない構造になっており、かつ、看護婦Kが点火したガスストーブには手術室の外に通ずる煙突がなかったから右ガスストーブの燃焼によって生ずるガスはそのまま右手術室に充満する状況にあった。右ガスストーブは午後九時過ぎ頃から翌日午前一時頃まで燃焼し続けた

が、当初点火の際、Kは、 X_1 に対し、同ストーブの点火、消火操作の方法、燃焼中における手術室の窓の開放等についての指示をせず、かつ、右燃焼中被告医師側、その他の何人においても、右手術室の窓の開放を行わなかった。右の状況下において、被告医院を管理運営するYとしては、ガスストーブ燃焼により一酸化炭素中毒事故の生起すべきことを予測し、これを避けるため、自ら或いは使用人たる看護婦をして、手術室にある窓を右事故防止に十分なだけ開放するか、又は右手術室に換気口を設ける等して、右中毒事故の発生を未然に防止すべき注意義務がある（ところ）Yは、右の注意義務を懈怠したものと認めるのが相当である。従ってYは、民法七〇九条により、本件事故によって生じた損害を賠償する義務がある。」

〔判例37〕 幼児患者の湯茶入水筒転倒熱傷事件（大阪地判昭和四七年九月二八日、加藤一郎・鈴木潔編・医療過誤紛争をめぐる諸問題〔法曹会、昭和五一年〕三八一頁） 五歳の患者が、腎臓疾患の治療のため入院中、看護婦が用意した湯茶入り水筒を取ろうとしたところ、同水筒が傾き、左前胸部および左上腹部に熱湯を浴び、瘢痕ケロイドの傷痕を残した事故において、患者とその両親が、病院（社会福祉法人）および院長を相手に、四四五万円の損害賠償を請求したのに対して、判決はその一部を認容し、五五万円の損害賠償の支払を命じた。

〔判例38〕 幼児病院窓からの転落死亡事件（名古屋地判昭和四七年八月二四日、判例時報六九三号七二頁） 幼児K（一歳七月・女児）は、昭和四五年五月九日姉二人とともに母 X_2 に連れられ、Y市立病院四階小児科病棟に入院中の従姉M（二歳）を見舞いに訪れたが、午後三時四〇分頃MのベッドにいたKは母 X_2 がKのむつきを探している間にバランスを失い、開いていた窓の北西隅から約六・四メートル下のボイラー室屋上へ転落し、頭部脳内骨折のため、翌日午後四時四〇分死亡した。Kの父母 X_1 ・ X_2 は、事故はYの営造物の設置・管理の瑕疵に基づくものと主張し、Yに対し五一七万円の損害賠償を求めた。名古屋地裁は、Yの営造物の設置・管理の瑕疵に基づく損害賠償責任（国家賠償法二条）を認めた。ただし、 X_2 がKをベッド上に乗せたまま目を離し監護を怠ったことを被害者側の過失として過失相殺をし、二二五万円の損害賠償を命じた（控訴）。

「オリエンテーションの注意事項の一つにベッドを必ず窓から離すようにとの事項が入っていること、しかし、右注意事項

の説明方法は、患者が入院した直後、患者あるいはその付添人に対し、病室内において担当の看護婦が三〇余の項目の注意事項を記載した用紙を約二〇分程かけて、必要個所を説明しながら読みあげる方式によるもので、右用紙は一病棟に一枚だけ備え付けられているので、読みあげられた後は看護婦の詰所に引きあげられること、本件の場合にも、前記の方法でMの母に説明されたが同女は入院直後で慌てていて気が動転していたため、ベッドを窓から離すようにとの注意は頭の中に入っておらず憶えていなかったこと、事故当日の午前十一時一五分から二〇分ぐらいの間に投薬のため同病室に入った看護婦は、本件ベッドが窓に密着していることに気づいたにもかかわらず、当時同室には大人が三人もいたのでこれを黙認したこと、《中略》貼紙、パンフレット、あるいはオリエンテーションの際、幼児を連れた見舞客の面会は、伝染病の流行期（春から夏にかけて）は遠慮して欲しい旨表示していたこと、しかしX₂は右貼紙には気がつかなくこれを見ていないばかりか、Kを含む三人の子供を連れてMを見舞ったのは本件事故当日が二回目であり、さらにMの見舞客に子供連れがK達の外に二回あり、それらの間、看護婦に会うこともあったが、いずれの場合も、X₂もMの母も看護婦からは何らの注意を受けていないこと（などが認められる）。《中略》

およそ、人の生命、健康を守ることを目的とする病院においては、その入院患者は勿論、そこへ出入りする患者の家族や見舞客等関係者の身体、生命の安全確保には何にもまして留意しなければならず、このことは、小児科病棟の場合、右関係者にはいきおい幼児、子供が多くなることが当然予想されるものであることから考えると、より一層右安全策には万全を尽さなければならぬものである。

ところで、本件の場合、イ、四階に小児科病棟があること、ロ、病室内のベッドは自由に動かせるものであり、ベッド横の転落防止用の柵が窓の反対側の片側にしかないことで、ベッドを窓に密着させることは当然考えられること、ハ、ベッドを窓に密着させた場合、ベッドの敷布団の上から窓の最下端までの高さがわずか一八センチメートルしかないこと、ニ、窓全体の中央ほぼ二分の一の部分が固定されていても両端が開閉自由で施錠設備も通常人が通常見ている気づかない程度の不十分なもの、両端の窓は施錠されていなければ幼児の手によってあるいは幼児が倒れかけたときの体圧等で自由、自然に開くことが当

然考えられること、以上の諸事情を総合して考えるとベッドを窓に密着させた場合、判断力、行動力に乏しい幼児や子供がベッド上あるいは室内外カウンターに乗った場合、そこから室外に転落する危険性はきわめて大きいといわなければならない。しかも、ベッドを窓に密着させないこと、面会は詰所を通すこと、あるいは子供の面会は遠慮することとの注意を周知徹底させるための手段方法として病院側の採っていた前認定の患者、付添人に対するオリエンテーションあるいは前認定のその他の方法だけでは、看護婦の数自体余りにも少数であることに加えて、さらにその注意の与え方等がきわめて不十分な実態にあることを併わせ考えると、右人的安全対策の下においては、四階にある小児科病棟の場合、右転落の危険防止のため、窓の床からの高さを一段と高め、ベッドとの高さの差を幼児が転げ落ちるのを防止できる相当程度大きく設け、あるいは手すりを設置し、施安全設備の錠設備を完備すること等の必要があったものと考えられ、したがって、本件の場合、右窓の高さおよび不備の点につき病院本来としての安全性を欠いたもの、すなわち営造物の設置上および管理上の瑕疵があったものといわなければならない。」

〔判例39〕 病院階段よりの幼児転落死亡事件（長野地裁諏訪支判昭和五〇年六月二五日、判例タイムズ三二九号一八〇頁）

昭和四六年二月二三日、長男A（一歳一月）および次男B（生後三月）を伴い、感冒の診察を受けさせるため、Y市立病院を訪れていた母X₂が、病院の二階待合室で待合時間中むずかるBに授乳していた僅かの隙に、Aが待合室から離れて階段方面に行き遊んでいるうち、午前十一時ごろ階段の上から二、三段目の手摺の間から約三・四メートル下の一階床面に転落し、午後三時四七分に死亡してしまった。そこで、Aの父母であるX₁およびX₂は、公の営造物である病院の階段に設置および管理上の瑕疵があるとしてY市に対し損害賠償を請求した。しかし、Y側は、病院ひいては本件階段は子どもたちの遊戯の場所ではないし、関係法規に基づき設計建築されているうえ、本件事故は階段設置本来の用途とは全くかかわりのないことから発生したもので、階段として備えるべき性質に瑕疵はないと主張した。長野地裁諏訪支部は、X₂がAに対する監督を欠いた事実等を被害者側の過失と認めて五割の過失相殺を認定し、つぎのように論じて、Y市に六四八万円の損害賠償を命じた（確定）。

「営造物の設置及び管理の瑕疵は、法令の規定に従っていれば済むというものではないし、抽象的に病院ひいてはそこに設

置された階段本来の用途、目的の見地からのみ判断されるべきものではなく、当該営造物全体の中で現実に営んでいる働きや、周囲の状況などを具体的に検討し、通常予想される危険の発生を防止するに足りる性質、構造を備えているか否かによって判断されなければならない。

そうすると、本件階段は多数の幼児がこれを本来の用途に利用する他、病院の機構、診察時間、患者数等の関係上、順番を待つ幼児が、監督者の監視の目を離れて右階段で遊び、危険を弁えずその手摺に近付き、時には好奇心から手摺の隙間から下をのぞこうとし、くぐり抜けられる空間でもあれば同所から身を乗り出すなどすることもあり得ることが容易に予想されるうえ、このような場合、頭が重く、手足の力もしっかりしていない幼児がバランスを失って右隙間から下へ転落することもまた容易に予測される。《中略》本件階段及び手摺にはかかる事態を予測して、幼児が手摺の隙間から身を乗り出すことができないようにするとか、転落防止のための防護網を設けるなど、事故の発生を未然に防止すべき設備を備えていなかったものであるから、本件階段（及び手摺）の設置及び管理に瑕疵があったという他はない。」

〔判例40〕猿による幼児手指負傷事件（千葉地一宮支判昭和四三年一月二九日、判例時報六五〇号七八頁。東京高判昭和四六年九月三〇日、判例時報六五〇号七六頁） 幼児X₁（一歳六月・男児）は、昭和三九年九月七日、Y病院に皮膚病治療のため通院中の母親X₂に伴われて来院し、X₂が治療を受けている間にひとりで表玄関に飛び出し、その右側前庭にYが飼育保管中のかにくい猿の小屋に行った際、右手を小屋の金網に差し入れたか、または猿が金網から手を出したためか、X₁は右手を猿に噛みつかれ薬指第一関節部分を完全に喰いちぎられる等の傷害を受けた。直ちに、X₁は同病院でY医師による外科的処置やペニシリン投薬等の手当てを受けて帰宅したが、夜になり発熱したため翌日同病院に入院し、同月三〇日まで治療を受けた。原告X₁らは依然として化膿がよくならないと考えて退院し、T大学病院で診察を受け右手薬指骨髓炎の診断を得てから、K病院に転医して翌年三月まで入院して完治した。そこで、X₁・父X₂・母X₃は、Yに対し動物の占有保管上の過失および治療行為の不適切を主張して、損害賠償を請求した。

千葉地裁一宮支部は、Yに本件猿の飼育保管につき過失があったことを認める一方、X₃においても、X₁はまだ幼児であるか

ら自分のそばにおくか、治療のためやむをえないときは看護婦等他人の厚意を受けて X_1 を手から離さないようにするなど、危険な場所に行かないよう注意する義務があるのにこれを怠ったとして、過失相殺を認めたらうえ、四一万円(X_1 に四〇万円、 X_2 に一万円)の損害賠償を命じた(原・被告双方控訴)。

二審の東京高裁は、つぎのように論じて X_1 の母 X_2 に非難に値すべき過失はないとし、過失相殺を認めた原判決を一部変更して、損害賠償額を五四万円(X_1 に五〇万円、 X_2 に四万円〔弁護士費用三万円を含む〕)と判決した(確定)。

「通常家庭の主婦である右 X_2 が生後一年六月の X_1 を自己が治療を受けに行くのに伴って行くことはきわめて自然であり、かような患者が伴って来る幼児を預かる施設の如きもののない本件の如き医院において頑固でない幼児が母親の治療を受けているわずかなすきに親の手許をはなれることはありうることであつて、特に非難に値すべきものではなく、本件においても X_1 が勝手に室外に出たところたまたま Y が飼育していた本件かにくい猿を見て、これに近付き本件事故を招いたとしても事は Y の責任の及ぶ領域内のことであり、 Y に前記の如き過失がなければ、その事故は本来起こらなかったことが明らかであるから、これをもって被害者側の過失として本件損害賠償金額の算定につき斟酌するのは当をえない。」

〔判例41〕病院火災による患者等死傷事件(札幌地判昭和四四年一月二八日、刑事裁判月報一卷一一号一五五頁、判例時報九七一号一三〇頁。札幌高判昭和五六年一月二二日、判例時報九九四号八五頁。差戻審札幌地判昭和五七年一月二八日、判例時報一〇六九号一五六頁) 昭和五二年二月六日、S病院で火災が発生し旧館二階全部および一階の一部を焼失し、入院中の新生児三名、患者一名が焼死し、患者一名、付添人一名が負傷したが、この事故において、同病院のボイラーマン Y_1 、病院長 Y_2 、および常務理事 Y_3 が、業務上過失致死傷罪等に問われた。

一審の札幌地裁は、本件火災の原因を、ボイラーマン Y_1 が暖房用配管の蒸気抜用パイプの解凍のためガストーチランプ使用中に誤って壁内部の下地板に着火させたことにあると認定し、ボイラーマン Y_1 には、こうした付随的業務についても火災発生を防止すべき業務上の注意義務があるとし、また病院長 Y_2 および常務理事 Y_3 には、予め火災発生に備えて、火災時に関係従業員が新生児や患者の避難誘導・救出を適切に行いうるよう行動準則の定立と周知徹底、訓練の実施等の措置を講じておくべき

注意義務があるとして、それぞれ業務上過失致死傷罪とし、 Y_1 を禁錮一年に、 Y_2 を禁錮一年（執行猶予）および罰金五万円に、 Y_3 を禁錮一年（執行猶予）の刑に処した（三名全員が控訴）。

二審の札幌高裁は、ボイラーマン Y_1 の控訴を棄却し（有罪確定）、他の兩名については、右のような注意義務があるとするには、被告人兩名は当直看護婦が有効な救出活動を十分行いうるとの信頼を寄せることができたか否かに関する事情を判断しなければならぬのに、それがないとして原判決を破棄した。ついで、病院長 Y_2 につき自判し、本件死傷の結果は当時の当直人員の質・量および物的設備の下で回避不能であったとは認められないから、六名の死傷という具体的結果に対する予見義務を負わせることはできないとして業務上過失致死傷の点につき無罪とするともに、消防法八条違反の点については罰金一万円の刑を言渡した（確定）。常務理事 Y_3 については、火災発生を未然に防止する義務違反の点につきさらに審理を尽くす必要があるとして差戻しとした。

差戻し後第一審判決は、常務理事 Y_3 に関して、主位的訴因につき病院長に対する控訴審と同様の判断に基づき過失責任を否定し、予備的訴因についても Y_3 にはボイラーマンが適切にパイプ解凍作業を行うことを期待し信頼することが許されたとして予見義務を否定し無罪とした（確定）。なお、当直看護婦による結果回避可能性について、判決はつぎのように論じている。

「当直勤務にしていた助産婦E（五〇歳）は予備室で、見習看護婦M（一八歳）は看護婦詰所で、また付添婦N（患者に雇用される）は洗面所でそれぞれ火災報知ベルの音を聞（いた）が、従来の経験上）火災が生じていないものと速断し、当初は本件火災発生の有無及び出火場所の確認をしなかった。その後間もなくして、Nが本件火災の発生に気付き、直ちに二階へとって返し、入院患者に火災の発生を知らせるとともに、その避難誘導に最大限努力した。他方、Eは、NとMの指示により避難を始めた入院患者達の立てるざわめきを聞き付けて本件火災の発生を知り、直ちに新生児救出のため分娩室経由で旧館二階南西隅にある新生児室に駆け込み、分娩室からの入口の近くに収容されていた新生児三名を抱きかかえて同階の前記非常口まで引き返し、右非常口の扉に体当たりしたが南京錠が掛かっていたためこれを開けることができず、そこで同所付近に立ちすくんでいたMに前記三名の新生児を手渡した上、非常口横の窓から屋外非常階段に飛び降りて同女から順次右新生児三名を受

け取り、右三名を地上に運んで無事救出した。Mは、看護婦詰所横階段から黒煙がたち昇るのを発見して本件火災にはじめて気付いたものの、非常口の開扉や新生児の救出には全く思い至らず、ただ直ちに避難するよう各病室に触れまわったが、その際入院患者の一人から「子供はどうするんでしょう」と尋ねられたのに対し、「私達がやります」と自ら救出する旨答えておきながら、しかもその時点で直ちに右看護婦詰所に駆け込んで非常口開扉用の鍵を持ち出した上で隣りの新生児室に飛び込み、手近の新生児三名を搬出用担架を用いるなどして旧館二階非常口まで搬出し、同扉の南京錠を開錠していれば、少なくとも新生児三名は十分救出し得たと認められる時間的余裕があったのにこの行動に出ず、ただ患者らに避難を訴えて旧館二階廊下をうろうろし、その間急速に煙が充満してきたのに驚いて右非常口横便所付近で立ちすくみ、前記のとおりEに促がされて、同女が前記のとおり抱きかかえてきた新生児三名の搬出に手を貸したにとどまった。《中略》

Mは、見習看護婦として通算三年六か月の経験があり、この間二年間の通信教育と一か月間の実習を受けて医師会から副看護婦という認定を受けており、その仕事ぶりも普通であった。また同女は、本件火災当時まで五か月以上も旧館二階の前記看護婦詰所に勤務しており、その間上司看護婦らから万一の場合には新生児の生命の安全確保が第一である旨常日頃訓諭されていた上、同階非常口の扉が常時南京錠で施錠されていて、その鍵は前記看護婦詰所の新生児室側窓枠にその旨明示して掛けられていたことを熟知していた。右の事情を前提とすると、Mは、主位的訴因記載のような火災報知等がYにより定立されていず、かつこれに基づく訓練が実施されていなくても、職業人として常日頃から、本件火災のような緊急非常の場合には入院患者らの避難のために右鍵を用いて右非常口の施錠を開けること、新生児についてはその搬出行動に出るべきことを念頭におき、これを確実に実行できるよう身に付けておくことが当然であったというべきであり、そしてこのことにつき何らの支障もなかったというべきであるところ、前記のとおり同女よりもやや遅れて本件火災の発生に気付いたEでさえ直ちに新生児室に駆け込んで三名の新生児を救出しており、その時点では火災による煙はいまだそれほど二階廊下に立ち込めてはおらず、同女はもう一度新生児室に戻ることができると考えていた位であるから、Mが本件火災の発生を知覚した時点、或いは前記のとおり入院患者らに避難を呼び掛けた直後の段階においては、当然のことながら、同女において右非常口の開錠や新生児の搬出行

動を完了するに十分な時間的余裕もあったものというべきであり、従って、Mが右時点・段階において、直ちに看護婦詰所に入って前記の鍵を手にした上、隣りの新生児室に入り、新生児三名だけでも、前記新生児搬出用担架を用いるか、或いは抱きかかえるなどして右非常口まで搬出し、右鍵で右非常口の南京錠を開ける行動にさえ出ていれば、E、N及びH（焼死した患者に付き添っていた夫）の前記各救出活動と相まって旧館二階にいた新生児、入院患者及び付添人ら全員を安全に救出することができたものである。」

〔判例42〕新生児黄色葡萄球菌感染事件（京都地判昭和四八年一〇月一九日、判例時報七六五号八九頁） 昭和三六年一月から同年三月にかけ、国立K病院産婦人科で出生したX₁（男児）、X₂（女児）、X₃（男児）らは、いずれも黄色葡萄球菌感染症に罹患し、それぞれ同病院小児科に転科して治療を受けたが、右治療のために多量に連続投与した抗生物質カナマイシンの副作用により、いずれも高度の聴力障害に陥り、他人の会話を全く聴取することができない状態になった。XらはY（国）に対し、右病院医師らの医療上の過失が競合関連したために聾者になったとして、民法七一条により五、〇三六万円の慰謝料等を請求した。

京都地裁は、①新生児室への黄色葡萄球菌の侵入防止・侵入菌の制圧措置の手ぬかりなど産婦人科医長Bの新生児室管理上の過失により、Xらが黄色葡萄球菌感染症に罹患したと認め、②カナマイシンが聴力障害の副作用を伴うことは定説となっていたが、新生児への許容量については定説がなく、副作用の早期発見のための聴力検査も研究段階にあったのに、従来の副作用の少ない他の抗生物質を用いずカナマイシンを使用した点に過失があったとしてYの使用責任を認め、Xらに各一、〇七〇万円あての賠償金の支払を命じた（控訴）。右①における看護活動に関してはつぎのように判示している。

「B医師は、看護婦をして新生児の臀部を清潔に保つための注意を払っていたが、新生児の臀部をガーゼで拭くか水洗いする程度に止めていたことは、同部位からの菌感染を防止する必要な最善の注意を尽していたとはいえない。△中略▽Xらは、出生時以来同一の新生児室に收容され、授乳時に限って、それぞれの母親の居る病室に移されてそこで母親や面会人と接触する機会があったが、その時間は限られたものであるから、右（短期間に感染続出）の事情を加味したとき、Xらは、看護

婦の身体もしくは襦袢その他の衣類が黄色葡萄球菌に汚染されていたか、またはXらの臀部の清潔が保たれていない状態にあったため感染したものと推認される。」

「同病院新生児室では、看護婦が昼夜をわかず新生児の身体状況を観察しており、Xらの右症状は、いずれもこのような状況のもとで発見された。△中略▽M・U両医師は、Xらの身体の異常を発見した際、直ちに当時一般に行われていた有効な治療方法を講じるとともに、遅くとも一五時間以内に小児科医師の来診を請うたうえ、Xらを小児科に転科させているのであるから、右両医師の医療措置に過誤があったとはいえないし、Xらの当初の症状や新生児室での看護婦の勤務状況に照らし、Xらの疾病発見に遅滞があったとするわけにはいかない。」

〔判例43〕新生児の産院内結核感染事件（東京地判昭和四九年四月二日、判例時報七三八号二四頁） 昭和四〇年七月中に出生した新生児または未熟児であるX₁（男児）、X₂（未熟女児）、X₃（未熟男児）、X₄（女児）らは、出生後まもないころ、科学的で適正な看護と栄養供受とを目的として、Y（日本赤十字社）の経営するS産院に入院したところ、退院後、初感染乳児肺結核に罹患していることが判明した。Xらは、右感染は入院中であるとして、Yに対し医療契約の債務不履行ないし感染防止義務違反による不法行為責任を追及し、感染により蒙った損害の賠償一、五二九万円（X₁は三三二万円、X₂は二四一万円、X₃は二八七万円、X₄は六七九万円）を請求した。

東京地裁は、詳細な事実認定の後、XらがS病院に入院中に未熟児室もしくは新生児室において結核菌に感染したものと推認したうえ、つぎのように論じて医療機関たる同産院の過失を重疊的に認定して、被告Yに対し八二九万円（X₁に一六四万円、X₂に一五七万円、X₃に一九六万円、X₄に三一二万円）の損害賠償を命じた（控訴）。

「X線写真の間接撮影の結果J及びIに結核発病の疑いが生じた後においてもなお、直ちに右J、Iを職場から隔離する等伝染の機会をなくす措置を採ることなく、（しばらくの間）未熟児室に勤務させていたことが認められる。してみると、胸部X線写真撮影の結果結核発病の疑いのある者は職場から隔離する等の措置を講ずる義務があったにもかかわらずこれを怠り、右両名を右各期間S産院内で健康人と同様の業務に従事させていた過失があるものといわなければならない。」

また、再循環式空気調節器によりナースステーション内の空気を未熟児室内、新生児室内へ送っていたものであるところ、未熟児ないし新生児は細菌に対し極めて抵抗力が低いのであるからナースステーションも未熟児室・新生児室に準じて厳格な衛生管理を行い、消毒を済ませた担当医師、看護婦らの医療従事者以外の者は入室をさせない取扱いをすべきであったところ、これを怠り、前記のとおり医療従事者以外の職員及び外来者にナースステーションに自由に出入りさせていたものであり、この点につき過失があったといわざるをえない。さらには《中略》ナースステーションの受付小窓から室内に向かい話をした場合において病原菌が室内に飛散され再循環式空気調節器により未熟児室内、新生児室内に送り込まれることを防ぐための方策を採っておかねばならないというべきところ、《証拠略》によれば、右空気調節器は結核菌を通過させるものであること、その他に結核菌の濾過装置等の設備はなかったことが認められる。してみると右の点につき過失があったものといわなければならない。」

- (一) 小堺堅吾『看護事故の法律常識』（学習研究社、昭和六一年）五五頁。
- (二) 日本看護協会編『看護事故事例研究ノート』（日本看護協会出版会、昭和五〇年）三〇頁、浅井登美彦『安全な看護業務のチェックポイント』（メヂカルフレンド社、昭和五六年）九頁～一四頁。
- (三) 高田利広『看護の安全性と法的責任（第四集）』（日本看護協会出版会、昭和五七年）五二頁。
- (四) 小堺堅吾・前掲書一九頁参照。
- (五) 小堺堅吾・同右書一二七頁参照。
- (六) 高田利広『看護の安全性と法的責任（第一集）』（日本看護協会出版会、昭和五一年）一五四頁参照。
- (七) 大阪府医師会報臨時増刊号『医事紛争一〇〇〇例——そのあとづけと将来』九三頁以下、小堺堅吾・前掲書一二八頁以下、日本看護協会編・前掲書三四頁以下、浅井登美彦・前掲書一八頁以下など参照。
- (八) 高田利広『看護の安全性と法的責任（第六集）』（日本看護協会出版会、昭和六〇年）六六頁。
- (九) 小堺堅吾・前掲書七七頁。日本看護協会編・前掲書三六頁。
- (一〇) 後藤 周編『最新医学大辞典』（医歯薬出版、昭和六二年）九四頁〔三輪谷〕。

(一一) 福見秀雄編『病院内感染』(医学書院、昭和五〇年)一四頁〔福見秀雄〕。

(一二) 高田利広『看護の安全性と法的責任〔第一集〕』(前掲)一一五頁参照。

(五) 患者管理

患者の中には、病気のため精神的能力が弱くなり、あるいは精神自体の疾患のために、正常な判断ができずに異常な行動をとり、自傷または他害に及ぶ者がある。そうした患者の看護にあたっては、患者の安全を守るために必要な範囲においてその行動を管理しなければならない。その場合に、患者の身の安全にのみ重点をおいて管理を厳重にすれば、治療ないし療養の目的が阻害される危険が生ずる。このような患者の安全と療養の効果との間にいかにして調和点を見出すかは、担当医師の医学的判断と担当看護婦等の看護経験に基づく観察にかかっている。また、乳幼児など心身の発達が未熟なために起こる事故もあり、そうした患者の行動の管理についても、同様のことが問題になる。

(1) 院内患者の自殺事故防止

精神病患者とくに自傷他害のおそれのある患者については、他の患者への加害防止に留意することはもとより、患者の自傷ないし自殺についてもその防止に十分な注意が必要である。^(一)精神科以外の患者においても、自分の病気を苦にして人生をはかなむなど、自殺念慮をもち自殺を企図することもあるので注意を要する。一般に、自殺のおそれのある入院患者の巡回看護を担当した場合には、「患者の不自然な挙動に注目し、患者の自殺企図を想起し、適切な問答を交したり、看視を続けたり、あるいは医師に患者の挙動を通報して指示を求める」など臨機応変に適切な措置を講ずることが望まれる(〔判例47〕)。

患者の自殺防止に関する注意義務の程度は、患者に自殺念慮が感じられる場合とそうでない場合とで異なり、自殺念慮が感じられる場合でも、自殺企図の差し迫ったおそれの感じられる場合とそうでない場合とでは異なってくる。患者が、自殺念慮を有する者として厳格周到な看視を必要とする場合に属するか、それとも自殺念慮を有しない者として緩やかな看視をもって足りる場合に属するか、その判断は担当医師の良心的裁量に任せられている。そして、その判断の正否は、「右裁量が合理性を欠くものであるか否か」によって判定し（判例46）、「その裁量を逸脱した著しく不適切な措置と認められる特段の事情が見当たらない」ときは医師の判断に過失はなかったものと認めるべきである（判例47）。

(a) 患者に自殺企図の差し迫ったおそれがある場合 患者に自殺念慮が感じられ、かつ自殺企図の差し迫ったおそれがある場合には、帯やタオルその他自殺に用いうるような危険物を身辺から除去するとともに、厳重な看視と看護を継続する必要がある。^(三)「判例44」は、精神分裂病で他害のおそれがあるため入院措置を受けた男性患者が、逃走をはかり保護室に収容され何回もベッドに縛りつける抑制を受けても暴れたため、看護師から暴行を加えられてくも膜下出血等の傷害を負い、保護室に収容中に窓鉄格子にタオルをかけて縊首自殺をした事例であるが、判決は、自殺のおそれのある患者であったのだから、医師や看護師らは保護室内のタオルを発見して除去すべきであり、それを発見しなかったことは過失であるとして、国家賠償法により国に損害賠償責任を命じている。

自殺企図のおそれがある場合でも、熱傷の治療など緊急を要する状態にあるときは、自殺防止の注意義務はどのように考えるべきか。「判例45」は、精神病院に入院し自殺未遂を繰り返していた男性患者が、ベッドに火をつけて火傷を負ったため、医師と看護婦・看護手らが付き添って皮膚科へ行き治療を受けさせたところ、その帰途に患者が突然車椅子から降り、ドアの開いていた病室に飛び込み窓から飛び降りて七階下の地面に落下して死亡したと

いう事例である。判決は、火傷の程度からみて皮膚科受診のため閉鎖病棟から連れ出す必要があり、その際に看護手らに常時看視させ、医師自らも付き添ってその動静に絶えず注意を配れるよう配慮していたもので、自殺防止への配慮は十分尽したとして、債務不履行に基づく損害賠償の請求を棄却した。

(b) 患者に自殺企図のおそれがない場合 患者に自殺念慮が感じられても、自殺企図の差し迫ったおそれがない場合には、治療目的の達成を優先させ、その目的に適合するような看護体制でよく、自殺防止の注意義務も、自殺のできにくい環境をつくり、緩やかな看視と看護をする程度でよいであろう。〔判例46〕は、内因性うつ病で病院の個室に入院していた女性患者が、病室内で水道栓に腰紐をかけて縊首自殺をはかり、強度の意識・言語障害等を後遺することになった事例である。判決は、医師が紐類等を身辺に置かないよう注意をせず、自殺防止につき看護婦らに対して具体的指示をしなかったのは、患者に自殺念慮はあるが自殺企図のおそれはないと診断したからであり、自殺防止の措置をすることは治療における信頼関係を損い不信感を生じさせ、うつ病の治療目的からみて逆効果であるとの考えに基づいたものであるとし、看護婦についても、担当の医師の指示どおりに看護に当たり、患者の精神症状を中心として注意深く観察することをもって注意義務を尽したことになるとして、病院の債務不履行責任を否定した。妥当な判断といえる。

当初は自殺企図のおそれがあったが、後に自殺念慮が消失したと思われる患者の自殺事故については、その過失の判断は難しい。〔判例47〕は、初老期うつ病で精神病院に入院した男性患者につき、院長は自殺の危険性ありと診断し看護上の要注意者として指定し、他の医師や看護婦に注意を促していたが、担当医師等はその必要がないと判断して患者の着物の帯を取り上げるなどしなかったところ、患者が病室の隣の便所に帯を携帯し窓の鉄格子に帯をかけて縊死するに至った事例である。一審は、担当医師が患者の帯を取り上げなかったこと、看護婦が患者の異

常な挙動につき看視を続けなかったことを過失として病院の債務不履行責任を認めたが、二審は、自殺の危険が予測できない程度に回復していた患者に嚴重な看護措置をとることは医師と患者の信頼関係を損ない治療上有害であると論じ、医師には薬剤の投与および帯着用の許可について著しく不適切とする事情はなく、看護婦にもそれ以上に適切な措置を期待することはできないとして、原判決を取り消した。うつ病のように開放病棟への収容や外泊許可等により社会生活への適応を準備することが重要な患者の場合、自殺企図のおそれが明白で差し迫っているわけでもないのに、自殺を恐れて一律に嚴重な看護体制を強いるのは、適切な医療とはいえない。また、午前五時の巡回において、平素起床が遅い本件患者が既に起きてベッドの上に座っているのを発見した看護婦の注意義務については、理想論としては、適切な問答、看視の継続、医師への報告など考えられるが、自殺企図を窺わせる異常行動がなかったこと、うつ病患者の自殺の危険性は早朝に大きいわけではないこと、限られた人員で多数の患者の巡回看護に当たっていたことなどを総合的に検討して、担当看護婦に理想的看護を期待することはできないと論じている。総じて、二審の判示の方が妥当と考える。

(c) 患者の自殺が予見不能の場合 患者が自分の病状に不安を抱いて自殺したような場合でも、医師や看護婦にとってそれが予見不能であったときは病院側の責任とはいえない。「判例48」は、ネフローゼ型腎炎のため入院中の少年が、一進一退の病状に不安を抱いたらしく、入院約六か月後に病院の三階便所の窓から飛び降りて死亡した事故において、患者は精神科の治療を要するようなノイローゼの病状ではなく、生命の危険を生ずる程度に至っていたとはいえず、自殺の原因が病院の医師の診断や看護婦の看護上の注意義務違反によるとは認められないとして、病院の不法行為責任を否定した。担当医師が患者にノイローゼの徴候を認めず、婦長も、患者が「もう考えがまとまらない、窓から飛びおりたくなった」といい母親がなだめているのを聞いたが、間もなく患者が他の病室に

入り休もうとし同婦長がそれを制止した際には、患者は暴れたり危害を加えるような様子もなく言うことを聞いていたので、自殺を予見することはできなかったのである。このような状況において患者の自殺を予見しえなかったとしても、医師や婦長の過失とはいえないであろう。

思慮分別がなく突発的に危険な行動に走る可能性のある患者の場合は、看護婦等は社会通念上相当な程度において患者の安全を配慮しその行動を看視すべき義務があるといえるが、日頃患者を世話している親でさえも予見できないような行動についてまで予見すべき義務があるということはできない。〔判例49〕は、脳幹脳炎のため入院していた少女が、付添いの母親が食事に出ていたすきに突然ベッドから起き出して病室を抜け出し、病院八階のベランダから飛び降り自殺をした事例である。患者の両親が看護婦らの看護看視義務の懈怠であるとして病院に損害賠償を請求したが、判決は、患者がかかる行動に出る危険のあることは、医師・看護婦はもとより、母や祖母でさえも全く予見していなかったことであり、何人の責任をも問えないとした。看視義務については、付添いの母親が不在中に看護婦が病室を再度訪れて患者が睡眠中であることを確認したことで、社会通念上相当な限度で看視義務は尽されたと判示している。

(2) 外出患者の自殺事故等の防止

精神病院において開放療法の有効性が認識され、その必要性が認められるに従って、開放病棟が多くなっているが、それだけに無断離院事故も希ではない。また治療法の一環として患者の単独外出を許したり、あるいは集団で院外レクリエーションに連れ出すこともしばしばみられるが、その際に外出中の患者が自殺を企てることがあり、その責任をめぐって裁判で争われるケースも少なくない。

(a) 無断離院をしていた場合 開放病棟においては、入院患者が病院の許可なしに無断で外出することがあ

り、その結果、自殺ないしその疑いのある事故を起こすこともあるが、その場合の責任はどうか。まず、(イ)その患者を開放病棟に入院させてよかったのか、それとも閉鎖病棟に入院させておくべきだったのが問題となる。つぎに、(ロ)病院の出入口や門の施錠などの管理上の注意が問題となる。さらには、(ハ)離院の早期発見、搜索、追尾などの保護措置の適否も問題となろう。なお、(ニ)については、入院中の者で自傷他害のおそれあるものが無断で退去し、その行方が不明になったときは、所轄の警察署長に、住所、氏名、性別、生年月日、退去年月日および時刻、症状の概要、人相、服装等を通知して、その探索を求めるべき衛生行政上の義務がある(精神保健法^三三九条)ことはいうまでもない。

無断離院による死亡事故に関する判例には、つぎのような事例がある。「判例50」は、精神病院閉鎖病棟に入退院を繰り返していた女性患者が、後に自傷他害のおそれなしとの診断を得て開放病棟に移ったところ、三週間ほどしてから突然に病院を抜け出して溺死体となって発見された事故において、精神病院における開放療法は必要であり、当該患者を開放病棟に収容した診断に誤りはなく、患者は病感をもって治療を希望して入院し、自殺のおそれもなかったから、看護婦等が常時看視しなければならなかったとはいえず、搜索に不行届きもないとして、担当医師と病院の損害賠償責任を否定した事例である。また、「判例51」は、躁うつ病圏に近い過敏関係妄想により精神病院に入退院を繰り返し、閉鎖病棟に収容されていた男性患者が、運動場で皆とラジオ体操中にすきをみて無断離院をし、車道に飛び込みバスにひかれて死亡した事故において、本件患者が無断離院を図ることを予測しうる状況にあったとはいえないので、運動場の出入口に施錠せず、その付近に職員を配置していなかったとしても、無断離院者を直ちに発見しこれを追尾しうる態勢にあったもので病院側に帰責事由はないとして、病院の損害賠償責任を否定した事例である。

前者の「判例50」では、(イ)開放病棟に入院させた診断は正当であり、(ロ)当日の患者の症状は離院しないよう常時看視すべきほどの状態ではなく、(ハ)離院後の捜索にも不行届きはないとしている。また、後者の「判例51」では、(イ)閉鎖病棟に入院させたのは必要妥当であり、(ロ)当日の患者は離院を企てるような徴候はなく、出入口に施錠したり職員を配置すべきような状況ではなく、(ハ)無断離院者を直ちに発見しうる態勢をとり、現にすぐ発見して追尾したもので過失はないとしている。いずれも、開放療法の理念を重んずる判断といえよう。

無断離院をした患者が凍傷になっていたという事故もある。「判例52」は、精神分裂病患者が病室から行方不明になったが、看護婦が十分な所在捜索をしなかったため、左足に凍傷を生じ、そのうえ応急手当をしなかったため左足指の肉が壊死し、歩行困難等の不具者となった事故において、原告の慰謝料請求を棄却した事例である。離院後の看護婦の捜索や応急手当などに問題はあっても、病院に責任を負わせるほどの過失とはいえないとしたものである。

(b) 許可を与えて外出させていた場合 外出許可を与えて患者を単独で外出させている間に、あるいは患者グループを引率して院外レクリエーションに出かけているときに、患者が自殺を企てた場合、病院の責任はどうか。これに関しては、戦前の判例に、「判例53」がある。生来性神経衰弱症との診断を受けて（実際は早発性痴呆）入院療養中であった患者が、病院の許可を得て単独外出したところ、列車に身を投じて自殺した事故において、病院が患者の症状について、自由な外出を許しても自殺のおそれがなく、かえって治療上適当であると診断し、自由に外出を許したからといって、そのために必ずしも医師としての適当な処置を誤ったものと断定することはできないとして、病院の損害賠償責任を否定した事例である。その後も、精神分裂病のため入院中に、治療法としての院外自由散歩に出た際、近くの鉄道踏切で列車に飛び込み自殺した事故において、患者の両親の損害賠償請求を棄却し

た〔判例54〕がある。最近では〔判例55〕が、精神分裂病で精神病院に入院中の若い女性の患者が、許可を受けて外出中に、踏切で両側から降りていた遮断器の隙間から侵入し、電車に撥ね飛ばされて死亡した事故において、遺族がこの事故は病院の看護の不十分によるとして債務不履行責任を主張したが、外出は患者を社会との接触の中で治療するという現代精神医学上確立した治療法の一環であり、本件の場合患者の自殺を予見しそれを防止すべきであったとはいえないとして、病院の契約上の債務の不履行を否定して原告の請求を棄却した。また、〔判例56〕は、自殺未遂を経験して入院してきたうつ病の若い男性患者が、二週間ほどで担当医師との信頼関係も形成され、社会復帰の意欲をほめかし明瞭に自殺を否定する言を述べるまでになったので、患者の単独外出を許可したところ、療養所構内の使用していない建物の中で縊死していた事故において、医師が患者の病状を観察し、自殺念慮が軽減し、開放処遇により改善を期待しうるものと判断して選択した治療方法に医学上不合理な点は認められないとし、看護者らについても、交替時の重要な引き継ぎ事項を看過したり医師への伝達を怠ったこともないとして過失を否定し、原告の請求を棄却した。

これらはいずれも、患者に自殺のおそれがなく、または自殺念慮が軽減しており、病院が外出を許可したのは社会との接触の中で治療効果をあげるためであったことを重視し、看護義務違反はないとしたものであるが、なかには患者の安全配慮義務を重視して病院の責任を肯定した事例もある。〔判例57〕は、思春期混乱を患う女性患者が、病院に入院し薬物・精神療法などを受け、医師の指示で院外レクリエーションに参加したが、その帰りに駅付近で一行から離脱しプラットホームから電車軌道に飛び込んで自殺した事故において、開放療法といえども患者の安全を第一に配慮しそれと調和せしめつつ実施すべきであり、本件において引率に当たった関係職員は電車の改札や乗降時になおいっそう慎重に患者の離脱・自殺等の事故防止に配慮をしていれば、たとえ離脱が隙をみてなされ

たものであったとしても早期にそれに気づくことができ、自殺を防ぐことも不可能ではなかったとして、病院の債務不履行（不完全履行）の責任を認めた。

この判決に対しては、自殺を含まない事故防止と自殺防止とを同一平面で議論するもので問題であるとの批判がある。^(四) 判決は、老人や子供などの集団を引率する場合の離脱事故防止のための安全確認義務を指定して、そうした安全確認がなかったことをもって注意義務違反としている。しかし、自殺念慮を含む精神病に対する開放療法（その療法が必要なのは精神病回復期であるが、その時期こそ自殺率が高いという二律背反性をもっている）における自殺防止なのであって、幼児たちの引率の場合のような、離脱しないように監視すれば事故が防止できるといった単純な事故防止義務ではないのである。自殺を決意した患者はどのような監視の目もくぐりぬけ、どんな物をも自己破壊のための武器にするもので、管理に徹したとしても完全に防止できるものでないともいわれる。^(五) こうした困難な状況における看護行為であることを理解したうえで、その注意義務を判断しなければならない。

(3) 入院患者の殺傷事故防止

部屋やベッドを選ぶことのできない入院患者にとっては、気の合わない者とも同室しなければならず、それが長期入院となれば、さまざまなトラブルも起き、ときには口論となり、さらには暴行傷害事故にまで発展するケースも少なくないといわれる。^(六) 看護婦としては、医師と相談して、患者たちとの話合い、病室の移動など、できるだけ有効な改善策を講じるべきであろう。

判例をみると、精神病患者の院内殺傷事故が目立つ。そもそも精神分裂病者とは知らずに内科の患者を普通病室に入院させていたところ、突然に同室の患者を殺害した事故がある。〔判例58〕は、腎臓病で入院中の患者が同じ病室の他の患者に突然乗りかかりナイフで刺して殺害した事故において、遺族らは、医師らが加害患者の入院の際

に精神病の既往症を確かめず、入院後も精神分裂病者であることに気づかず普通病室に他の患者と同室させておいたことは過失であり、また医療法施行規則一〇条三号（精神病患者を精神病室でない病室に収容しないこと）にも反するもので不法行為であると主張し病院の使用者責任を追及したが、判決は、精神分裂病も完全緩解に近い場合は患者側から既往症または自覚症状を告知されない限り内科医がそれを看破することは至難であり、本件事故前日に加害者が奇声を発した際は、医師も看護婦も問診をして本人から異常がない旨の返答を得、容態を観察して異常のないことを確かめていたのであって、その処置にも過失はないとして、遺族らの請求を棄却した。

ところで、他の患者に対する殺傷行為の防止という観点からみれば、(イ)他の患者と同室させることの適否、または隣室等への出入りを自由にしておくことの適否、(ロ)危害防止の設備および看護体制の適否、(ハ)看護看視における注意義務履行の適否などが重要なポイントになろう。

まず、(イ)自傷他害のおそれのある患者を他の患者と同室させたことは医師の過失であるかどうかが争われた事例として、精神病院に入院中の精神分裂病患者が同じ病室のノイローゼ患者に暴行を加えて胸部の骨折・内臓破裂等により死亡させたという「判例59」がある。被害患者側は狂暴性のある重症の精神分裂病患者を同室させたことは病院の過失であると主張し、加害患者側も病院が適切な治療と自傷他害のないよう保護を与える契約上の注意義務を怠り他患者と同室させたために殺人者となってしまうと主張して、ともに病院の民事責任を追及したが、判決は、前者については既に成立している和解契約が有効であるとし、後者については情動不穏の症候がおさまった加害患者を開放病棟に移したことは医師の治療看護上の裁量の範囲に属し、本件事故は予見困難であったとして、いずれも原告らの請求を棄却した。

つぎに、(ロ)危害防止の設備および看護体制の適否が問題になる。それは閉鎖方式によるべきか開放方式によるべ

きかという精神医療の基本的理念にかかわることであり、医療における医師の裁量権と患者の安全との衡量の問題となるが、そこでは「具体的危険の予測の可能性」がその判断基準となろう。「判例60」は、精神病院の入院患者が睡眠中に隣室の患者に顔面を殴打され爪で引っ掻かれるなどの暴行を受けて右眼に視力障害を負った事例である。被害患者が危害防止設備および夜間看護体制などの不備（保護室二、小部屋一、大部屋六、各室に数人の精神病患者を収容、病室の出入り自由、夜間の看視は当直者二名で可能な範囲で行うこと）による債務不履行を主張したが、判決は、具体的危険の認められない患者について開放方式による治療方法をとっていたことは医師の裁量権の範囲に属し、本件では具体的危険を予測しうる状況になかったので裁量範囲を逸脱したものとはいえないとして、病院に債務不履行はないと判示した。

さらに、(イ)看護看視における注意義務履行の適否については、殺傷事故等の発生を未然に防止すべきことはいうまでもないが、事故発生を未然に防止できない場合でも、事故発生後にそれを早期に発見して、重大な結果を回避する努力をしたか否かが問われる。「判例61」は、精神病院に入院していた精神分裂病患者が近隣病室の老年痴呆症患者を牛乳びんで殴打し革バンドで頸部を締めて殺害した事故であるが、判決は、加害患者が一か月前にも傷害事故を起こしていた事実をふまえ、本件事故当時に夜間勤務者のいた場所と病室との距離、配置関係、事故の態様、環境等からみて攻撃開始の早い時点で発見することもでき、右時点で現場へ急行していればその後の攻撃を阻止し死亡事故は避けえたものと考えられるのに、発見が遅れて死亡事故を避けえなかったのは「看護単位、勤務体制の面で人的施設の不十分なることを考慮に入れても、右夜間勤務者の看護、看視は十分でなく、本件事故発生を未然に防止すべき注意義務をつくさなかった過失あるもの」として病院の使用責任を肯定した。

このように、最近の精神病院においては、精神病患者の治療、看護、社会復帰を目的として、開放療法を主眼と

し、開放病棟のみならず閉鎖病棟においても、自傷他害のおそれが非常に大きい患者でない限り、病棟内では病室内外の自由な出入りを認め、病室内でも他の患者と同室させるなどして一般社会に近い状態において療養をさせる方法がとられているが、こうした取扱は医師の裁量の範囲に属する医療方法として社会的に容認され、具体的危険が予測されるなど特段の事情がない限り右の裁量の範囲を逸脱したものとは認められない。それゆえ、多くの場合は、限られた看護単位、勤務体制の中で、いかに看護看視を適切に実施して、事故発生を防止し、または事故を早期に発見して重大な事態を回避するかである。看護担当者の任務が重大な所以である。

レクリエーション療法中に傷害事故を起こすこともある。「判例62」は、精神病患者の療法として実施したソフトボール試合中に、発作的に狂暴な行為に出る患者のバットを頭部に受けて患者が死亡したという事故である。詳細は不明であるが、病院に対する被害患者側の損害賠償請求が一部認められている。なお、これに関連するものに、遊戯療法としてのボール遊びに参加していた患者（クッシング病と脳幹障害）が、看護婦とボールの取り合いとなり、転倒して骨折した事故で、病院の責任が問題になった前掲「判例6」がある。これは、患者の加害事故ではないが、同じレクリエーション療法中の事故という点で参考になる事例である。

(4) 入院患者の失火・放火事故防止

精神病患者の失火または放火は、その結果の重大性ゆえに、嚴重な注意が要求される。入院患者の失火・放火事故防止に関する注意義務は、(イ)患者観察およびその性癖の把握、マッチ等の所持品検査などを主とする患者管理上の注意義務、(ロ)防火設備の整備、火災報知設備・非常警報器具の設置などの施設設備の整備上の注意義務、(ハ)火災発生後の避難救助活動における注意義務などに区分されるであろう。

精神病院の失火事故判例には、保護室に収容されている患者が煙草を吸って、その吸殻の後始末がわるいため火

災となり火傷ないし焼死するという事故がみられるが、この場合には主として、(イ)患者の所持品検査、喫煙後の始末の監督、または保護室巡回の注意など患者管理上の注意義務が問題となる。〔判例63〕は、自傷他害のおそれがあり措置入院の予定で夜分に送付された慢性酒精中毒患者を、婦長が所持品検査もせずに保護室に収容したところ、持っていた煙草とマッチで喫煙し吸殻を放置して火災となり、焼死した事故において、保護室収容の目的、保護室の構造などに鑑み、危険物等の所持の有無を検査し、危険物を取り上げ、もって事故発生を未然に防止すべき注意義務があるのに、これを怠ったとして婦長の過失を認定し、病院の使用者責任を肯定した。また、〔判例64〕は、精神分裂病患者が保護室内で煙草を求めるので、看護人が火をつけた煙草を与えて後始末を指示し、後に巡視したが吸殻の始末は済んだようにみえたため、そのまま保護室に施錠していたところ、火災となり患者が火傷を負った事故において、保護室収容中であることを考慮し、喫煙が終了するまで付き添って火の始末をし、火災発生を防止すべき注意義務があったのにこれを怠り、また病院の指示どおり三〇分ごとに保護室の巡視をしていれば火災を早期に発見できたのにこれも怠ったとして看護人の過失を認定し、病院の使用者責任を肯定した。

患者の放火事故判例には、入院患者が逃走のため放火し多数の焼死者を出した事例があるが、この場合には、(イ)患者の観察およびその性癖の把握、マッチの管理、所持品検査などの患者管理上の注意義務のほか、(ロ)防火設備の整備、火災報知設備・非常警報器具の設置などの施設設備の整備上の注意義務、(ハ)火災発生後の避難救助活動における注意義務などが問題となる。〔判例65〕は、精神病院の閉鎖病棟に入院中の患者四人が逃走を企て、時間外に煙草を吸うため配膳室から盗み所持していたマッチを使って放火し、病棟を全焼させ、入院患者四七人のうち一七人が焼死した事故において、マッチの管理を嚴重にし患者が所持しているときは早期に発見するように注意し、患者の性癖を察知して動静に注意し、火災発生の場合は早期に発見できるよう自動火災報知設備または非常警報器具

を設置し、避難能力のない患者の救出のため夜間当直看護人を増員して訓練し、非常口の増設または自動開錠装置等を設置するなどの注意義務があるのに、これを怠り本件被害者らを死亡するに至らしめたとして、病院の不法行為責任を認定した。当直看護人は、平生夜間は二名で、事故があれば他病棟から六名が駆けつけることになっていたが、本件事故当時は当直勤務の看護人一名（三九歳）が私用で無断外出中であり、本件病棟には看護人一名（六六歳・無資格）だけが当直勤務についていたこと、その看護人が火災を知ってから患者の避難活動はしたけれども狼狽していて手際よくいかず、本館事務室から事務長と看護婦とが消火器をもって駆けつけはしたが病棟は火勢が強まるのみであったことなどからみる限り、看護体制、避難救助活動ともに著しく不備であったといえよう。

(5) 入院患者の窒息事故等の防止

精神病患者や乳幼児など自分の姿勢を安全に保持することができない入院患者の中には、看護者が三〇分ないし一時間ほど目を離している間に体動により鼻・口が布団等に押し当たり、あるいは無理な体動により寝具や衣服で首が締まるなどして窒息死するといった事故に至ることがある。

精神病患者の事故の例として「判例66」がある。精神分裂病で入院中の患者に対し、看護婦が医師の許可を受けてベッド抑制の措置をとり、巡回時に下肢と布団の抑制帯をはずし、保護衣の左袖ひもをベッド頭部左脚に結びつけておいたところ、三〇分ほどの間に患者が身体を動かして右側へずり落ちかけて保護衣の衿で首が締めまり、窒息死した事故において、判決は、このような場合は、保護衣を脱がせて抑制帯によりベッド抑制にするか、または抑制帯をはずしたなら保護衣のひもは背後に結び常時看視するかすべき業務上の注意義務があるのに、これを怠ったことを過失として刑事責任を認めた。なお、ベッド抑制の際に保護衣を併用すること自体に危険が認められるとすると、医師が抑制許可を与えた際、その点についてどのような指示ないし注意を与えていたかも問題であろう。^(七)

乳幼児の窒息死事故でその保育方法上の過失責任が問われた事例として「判例67」がある。母子健康センターにおいて、担当看護婦が、預かり保育中の乳児（生後三か月）をベッドに俯伏に寝せたまま（俯伏育児法を採用）一時間あまり離れていたところ、乳児が窒息死してしまった事故において、判決は、生後六か月以内の乳児は首がすわらないため、俯伏保育をするときは、布団等で鼻・口を塞ぎ窒息するおそれがあるので、絶えず側にいて看視すべきであったとして、担当看護婦および同センター代表者（助産婦）に刑事責任を認めた。

授乳中または授乳後の窒息事故も少なくない。「判例68」は、託児所を経営する助産婦が、預かり保育中の乳児（生後三か月）にミルクを飲ませた後、眠らずに泣くので、あやしてようやく布団に寝かせ、他の乳児の世話をしてから振り返ってみると、既にチアノーゼが現れ、人工呼吸等の手当をし病院で救急処置してもらったが死亡したという事故で、助産婦が乳児を伏臥位に寝せた結果、吐乳吸引または鼻口閉塞により窒息死せしめた疑いで、業務上過失致死罪に問われた事例である。しかし、判決は、吐乳吸引または鼻口閉塞による窒息死とは断定できず、突然死の可能性もあるとして無罪とした。最近も、無認可保育所における類似の事故で、吐乳誤飲による窒息死であるかSIDS（乳幼児急死症候群）であるかを断定する決め手を欠くうえ、それ以外の原因による可能性も否定できないとして、無罪とした事例（高知簡判昭和五八年一月一七日、判例タイムズ五〇〇号二三四頁）がある。そのほかにも、産婦人科医の経営するベビーセンターにおいて、担当看護婦（助産婦資格も有する）が乳児（生後四か月）にミルクを与えたが泣いてなかなか飲まないのので、ゲップをさせて右側に向けて寝かせ、他の児の沐浴をはじめていたところに、乳児の母親（療養中）の付添婦がきて、看護婦に話しかけながら乳児に飲みかけのミルクを飲ませようとしたが、やはりあまり飲まないのので、もとのように寝かせておいたところ、乳児は吐乳吸引により窒息死するに至った事故で、乳児の父母が損害賠償（二、六二八万円）請求訴訟を提起したが、訴訟上の和解（和解

金七〇〇万円)をした(医師・看護婦・付添婦の刑事事件は不起訴処分となる)事例^(八)とか、大学病院未熟児センターにおいて、重症黄疸治療のため交換輸血施術を受けて三日を経過した新生児(生後七日)が、授乳後三〇分ほどでチアノーゼを呈したので、救急手当をし人工呼吸器を装着して治療を続けたが、植物人間となった事故(二年後に死亡)において、患者側は、吐乳吸引が原因であり、看護婦には「授乳時および授乳後において絶えず観察しその予防措置をとり嘔吐があったときは直ちに窒息を回避するために適切な処置をとるべき注意義務」があるのにこれを怠った過失があると主張し、病院側はSIDS(乳幼児急死症候群)によるものと主張して争っている事例^(九)なども報告されている。

こうした事例において、看護婦等に「絶えず観察すべき注意義務」があるか否かは、乳児から目を離す時点における乳児の様子ないし病状の如何によって判断される。

(6) その他の事故防止

その他の患者管理に関する事故としては、新生児の取り違い事故や、新生児盗難事故などがある。そうした事故を防止するための新生児の安全管理における注意は、それほど高度のものが要求されるわけではないが、その注意を欠いたことによる結果は重大であるので、二重、三重のチェックが必要とされよう。

新生児取り違い事故は、施設分娩が急増した昭和四〇年代に入ってから社会問題となるに至った。裁判で争われた事例としては、産婦人科医院において二日違いで出生した二人の新生女児が、退院の際に看護婦の手違いで違う親に引き渡され、そのまま六年間も違う親のもとで養育された後に、取り違いの事実が判明し、双方の親たちから、精神的苦痛、交換後の家族関係形成の諸困難、将来の人格形成面での不安などを理由とする損害賠償請求訴訟が提起された〔判例69〕がある。判決は、本件事故(昭和四六年)より以前の昭和四二年に、日本産婦人科学会に

おいて取り違え事故の実態調査がなされ、複数の標識の採用等の防止策が指導されていたにもかかわらず、本件医院は複数の標識を使用せず、新生児の足首につけた標識バンドも入院中常時着用させるわけではなく、そのバンドの管理も不十分であったとして医院の過失を認定し、事実が判明し実子交換を決意するまでの苦悩、交換実現までの苦痛および犠牲、交換後実子を実の親兄弟になじませるための苦労と実子の人格形成への影響などにつき相当額の慰謝料の支払を命じた。

新生児盗難事故の事例としては、病院新館二階ナースステーションで夜間当直看護婦二名が仮眠中に隣りの新生児室から生後二日目の新生女児が何者かによって連れ去られ（新館玄関も新生児室出入口も施錠されていた）、六か月を経過してから犯人が未成年者誘拐罪で逮捕され、女児が無事両親のもとに引き渡されたという事件がある。女児の両親が、病院の安全管理責任を問い訴訟を提起し、判決は、ナースステーション配置の看護婦二名がともに仮眠中であつたことは同病院の新生児の安全管理上の注意義務違反であるとして債務不履行責任（損害賠償額一五六万円）を認定した（東京地判昭和五三年一月三〇日^{（二〇）}）。そのほか、最近も、市立病院で出生した六日目の新生男児が、日中、病室の母親のベッドわきのワゴンで寝ていたところ、母親がトイレに行ったすきに何者かにより連れ去られたが、目撃者の証言から犯人（若い女性）がわかり、その日のうちに逮捕され、男児は無事保護されたという事件が報道されている^{（二一）}。

こうした事故防止のためには、夜間は病棟玄関や新生児室出入口の施錠、警備員による外来者のチェック、当直看護婦の交替仮眠など、昼間は、外来者はナースステーションを通らなければ面会できない構造とし、不審な者を警戒するなどの注意が必要であろう。

〔判例44〕精神分裂病患者の保護室内縊首自殺事件（福岡地判昭和五五年一月二五日、判例時報九九五号八四頁） 精神

病院入院経験のあるT（二九歳・男性）は、昭和四六年八月一日、元工員として勤務した某工場内の公園で妻X₁と話をしているところを守衛に誰何されたことから同人に暴行を加えて逮捕され、警察署でも暴れて保護措置（警察官職務執行法三条）をとられY₁の精神病院に送られた。Y₁医師はTを精神病と診断しX₁の同意を得て入院させた。TはY₁ほか一名の精神鑑定により精神分裂病で他害のおそれありと診断され、同月二日Y₂県知事による入院措置（精神衛生法二九条一項）を受けた。入院中に逃走をはかり保護室に収容され何回もベッドに縛りつける抑制を受けても暴れるので、同月八日看護士から暴行を加えられ、くも膜下出血等の傷害を負った。その後Tは保護室内でパンツ一枚で収容されていたが、翌九日窓鉄格子にタオルをかけて縊首自殺した。妻X₁、父母X₂・X₃は①保護措置・措置入院は違法であるとしY₂に対し国家賠償法による賠償を求め、②Tの死亡はY₁と看護士の過失によるとして、Y₁には民法七〇九条・七一五条により、Y₂には国家賠償法一条により損害賠償を求めた。

福岡地裁は、①の違法性を否定したが、②の自殺のおそれのあるTの保護室内のタオルをY₁・看護士らが発見しなかったことは過失であるとし国家賠償法一条一項によるY₂の損害賠償責任を認める一方、公務員（措置入院の指定病院の管理者を国家賠償法一条の公務員とす）個人は責任を負わないとしてY₁の責任を否定した。ただし、X₁らが先に同一の請求原因に基づく損害賠償訴訟をY₁・Y₂に対して提起し、Y₁がそれを認諾して賠償金九七五万円を支払っていることで、X₁らの損害は全部補填されたとして、X₁らの請求を総て棄却した（確定）。被告Y₁と看護士らの過失について、つぎのように判示している。

「看護士らが右タオルを発見し得なかったことは極めて重大な手落ちであったといふべきである。被告Y₁は、A、K両看護士がTを中庭から第九号病室に連れ帰った後、A准看護士から同日午後一〇時過ぎころTの症状について電話で報告を受けた際、午後八時のセレネース筋肉注射後から既に二時間も経過しているにも拘わらず、同人がいまだ興奮状態にあることに疑問を抱くべきであったし、同人の精神分裂症状の悪化を防止する処置や自他に対して危害を加える危険性の程度を判断すべきであったといふべきである。《中略》一般的に予見が困難といわれる精神病患者の精神病院内の自殺について、本件の事情のもとにおいては、被告Y₁や同看護士らが以上の点を尽していれば、Tの自殺が衝動的なものであったとしても、防止し得たと

いうべく、これを怠った同被告と同看護士らには過失が存し、この過失とTの自殺との間には相当因果関係がある。」

〔判例45〕精神病院入院患者の飛び降り自殺事件（福岡地判昭和五十一年一月二五日、判例時報八五九号八四頁） K（二

一歳・男性）は、昭和四十七年六月六日交通事故でA病院に入院し治療を受けていたが、同年七月三〇日自殺未遂を起こしたため、同年八月一日Y国立病院精神科に転院した。Y病院でも自殺行為に及んだため、同月二日出入口に施錠をした個室に収容したが、そこでも同年九月八日に首つり自殺未遂があり、それからは、シーツ等の自殺に供されるおそれのある備品を引き上げる等の防止措置をとったところ、翌九日Kはベッドに火をつけて火傷を負うに至った。担当のO医師は、火傷につき皮膚科の専門治療を要すると判断し、看視のためT看護婦およびS看護手とともに付き添い、Kを車椅子に乗せ皮膚科へ行き治療を受けさせた。その帰途、突然Kが車椅子から降り、たまたま入口ドアの開いていた病室に飛び込み、O医師・T看護婦・S看護手の制止もきかず窓から飛び降り、取り押さえようとしたS看護手とともに七階下の地面に落下して二人とも死亡してしまった。Kの母XはY（国）に対し、入院治療契約の債務不履行に基づく損害賠償として一、〇〇〇万円の支払を求めた。しかし、福岡地裁は、つぎのように論じてXの請求を棄却した（控訴）。

「火傷の範囲程度からみて、K自身を皮膚科受診のため閉鎖病棟から連れ出す必要性が差し迫っていたこと、今日の精神医学界の現状では、精神障害者の病状を認識する方法として、患者と面接する以外適切な方法が存しないところ、本件の場合、O医師は回診等で得たKの病状に関する予備知識に加えて、カルテの検討並びに約一時間余りに及ぶ問診を主体とする面接によって同人の病状の認識に努めていること、Kを閉鎖病棟から連れ出すについて、同人を車椅子に座らせ、看護手に背後から押させて常時看視させるとともに、O医師自らかたわらに付き添い、その動静に絶えず注意を配れるよう配慮していること、主治医の自殺企図に注意する旨の警告どおり、首つり自殺未遂及び放火による自傷行為を連続して行っているとはいえず、前者については自ら中止するとともに、訪れた弟と落ち着いて会話を交しているばかりか、後者についても、O医師の面接の結果、当初の興奮状態も鎮静化しており、格別の異常も認められなかったうえ、過去には自殺未遂直後に退院したり、自傷行為直後に外科受診に赴いているにもかかわらず、別段問題を生じた形跡もうかがえないこと、その他O医師は臨床医として一〇年余

の経験があることをも総合勘案すれば、不幸な結果を招来したとはいえ、O医師のとった措置は、火傷の手当に対する配慮とともに、自殺防止への配慮を十分尽したものとわづらるを得ず、したがって、Yに債務不履行の責を問うことはできない。」

〔判例46〕うつ病患者の病室内縊首自殺未遂事件（福岡地判昭和五七年一月二六日、判例タイムズ四六五号一七三頁） 病

院を経営するX₁医師の妻S（五一歳）は、医師資格を有するがX₁の不在中にその代診をする程度で主としてX₁の保険請求事務等をしていたところ、昭和四九年末虹彩炎罹患し眼科でステロイド療法等の治療を受けていたが、同五〇年五月から、不眠・食欲不振等を訴え、診療報酬の分割請求で罰を受けるというなど異常な言動がみられるに至り、同年七月九日、Sの弟Mに伴われY大学病院でU医師の診察を受けた。U医師はSを内因性うつ病で自殺念慮があるが自殺企図の虞はないと診断し、同病院七階の混合病棟の個室に入院させ、同月一〇日からは同病院O医師が主治医として診療を開始し、神経遮断剤で精神症状をとることを治療方針とし、看護上Sを要注意患者とすることはしなかった（自殺防止の重要性や所持品の検討の必要性を指示しなかった）。Sは入院後、帰りたいといったりするほか虚無的な考えもあったが、質問にも正確に答え指示にも従い平静を過していたところ、同月一七日午前八時すぎ朝食を終わった後、病室内で水道栓に腰紐をかけて縊首をはかり、昏睡状態を経て、強度の意識・言語障害等を後遺することになった。

そこで、X₁、X₁とSの子X₂・X₃・X₄ら（SはX₄の法定代理人となったが原告とはならない）は、X₁（代理人M）とY（代理人U）との間にSのためにする診療看護契約が成立したとし、Sが自殺未遂による障害のため改善見込みのない事態となっているについては、病院はSの家族に腰紐をSの身辺に置かないよう注意を喚起し、縊首の可能な突起物の少ない病室に入院させ、医師が看護婦に自殺阻止のための十分な配慮につき具体的に指示し、看護婦も危険な腰紐等をSの身辺から除去する等、自殺防止を含む適切な看護行為を行うべき義務があるのにこれを怠ったとして、Y大学に対し、入院治療費、看護費、慰謝料等合計七、七二七万円の賠償を請求した。しかし、福岡地裁は、つぎのように論じてX₁らの請求を棄却した。

「精神的疾患に起因する自殺を防止するための最も抜本的な方法は当該疾患自体を治癒させることであるのはいうまでもないことであるから、ここに、閉鎖管理から開放管理へという精神看護のあり方の歴史的ともいえるべき趨勢をも併せ考えるなら

ば、自殺企図の差し迫ったおそれられない患者については、うつ病の治療の終局目的の達成を優先させ、治療へ向けての可及的合理的な看護の体制を採用することも合理的な裁量として許容されるところであると解するのが相当である。そしてその具体的な手段方法も、当該治療にあたる医師が当該患者の具体的な精神症状等を総合的に考慮して、精神科医としての良心的裁量に従い判断するほかはないものであって、右判断が誤ったものであるかどうかは、右裁量が合理性を欠くものであるか否かによって判定されるものと解するのが相当である。

なお、看護婦については、原則として、当該患者の治療を担当する精神科医の指示のとおり看護に当たり、患者の症状、特にその精神症状を中心として注意深く観察することをもって、その注意義務を尽したことになるものと解すべきである。

《中略》

以上によれば、Sには自殺企図の差し迫ったおそれがあったとは到底いえない。この前提に立ってXらが注意義務違反として主張する点を考えるに、U、O両医師が原告Xをはじめとする同女の家族に対し自殺防止の措置の重要なことを説明せず、また同女の所持品について自殺の用に供される危険のある紐類等を同女の身辺に置かないように注意を喚起したことはなく、さらに、Sの看護にあたって自殺防止のための十分な配慮をなすべく看護婦らに対して具体的指示をしなかったのは、Sには自殺企図のおそれはなく、同女の有している程度の自殺念慮はうつ病患者であるならばごく一般的に有しているものであって、特にこれに対して自殺防止のために危険物除去の措置に出ることは、治療関係上の信頼関係を損い、同女に不信感を生じさせる危険があるので、かえって治療目的からみれば逆効果であるとの考えに基づいたものであり、右の考え方に合理性を欠く点はないというべきである。

さらに、看護婦らが、Sの自殺企図の可能性を前提にしての特別の配慮をしたことがなく、また特に腰紐等を同女の身辺から除去しなかったことについても、この点が注意義務違反といえないこともいうまでもない。」

〔判例47〕初老期うつ病患者の病院内縊首自殺事件（福岡地小倉支判昭和四九年一〇月二二日、判例時報七八〇号九〇頁。

福岡高判昭和五四年三月二七日、判例タイムズ三八八号一四三頁） S（五一歳・男性）は初老期うつ病の症状があり、自殺

を企図する行動があったので、入院先の医師が精神病院への転院をすすめ、Sの妻X₁も了解して、昭和四五年十一月二日、Y病院に入院させた。Y院長は、Sに自殺の危険性ありとして看護上の要注意者として指定し、他の医師や看護婦に注意を促した。X₁はSの入院時に持参させた着物の帯を取り上げるようO医師に依頼したが、病院側はその必要がないとして取り上げていなかった。同月二七日ごろからSの症状は快方に向っており、同月三〇日午前五時、巡回中の准看護婦Nは、Sがすでに目覚めてベッドの上に座っているのを見たが、特別疑問をいなくともなく巡回を終えたところ、その直後の五時二五分ごろSは病室の隣の便所に前記の帯を携帯し、窓の鉄格子に帯をかけて縊死した。そこで、Sの妻X₁と子X₂は、看護診療契約に基づく看護義務の不履行によるものであるとして、Yに対し一、二二九万円の損害賠償を請求した。福岡地裁小倉支部は、初老期うつ病患者は一般に自殺のおそれがあり、とくに回復期にその危険性が高いことを認め、X₁からSの着物の帯を取り上げておいて欲しい旨の申し出があったのにO医師が帯を取り上げなかったこと、Yの履行補助者であるN准看護婦がSの早期の異常な挙動につき看視を続けなかったことは過失であるとして、Yの責任を肯定する一方、Sはある程度の事理弁識能力を有し、またX₁にも過失があったとして、過失相殺の法理を類推適用し、三六九万円の賠償を命じた。看護婦の過失については、つぎのように判示している。

「准看護婦Nは、同月三〇日午前五時ごろ、Sの病室を巡回した際、同人が普段起床が遅いにもかかわらず、その日に限って午前五時という早朝にベッドの上に起きて座っているのを目撃したのであるから、同人が看護上の要注意者であることに思いを致し、同人の異常を察知し、同人に適切な言葉をかけてその様子をみる等して、引続き同人の看視を続けるべきであったのに、そのようなこともせず、そのまま、その場を去った点、右Nの看護上の過失は否定できず、したがって、同人を看護業務履行の補助者として使用するYも責任を免れない。」

二審の福岡高裁は、精神病院における自殺防止について、患者を自殺念慮を有する者とそうでない者とに二分し、前者に対しては厳格周到な看視と看護が必要であるが、後者に対しては自殺のできにくい環境と条件を確保するなど比較的緩やかな看視と看護をもって足りるとし、当該患者がそのいずれに属するかの判定は、精神病治療の本質に鑑み、担当の精神科医の判断

を尊重して判定すべきであり、当該看護診療契約の本旨に照らし、その裁量を逸脱した著しく不適切な措置と認められる特段の事情が見当たらないときは、精神科医の判断に落度はなかったものと認めるのが相当である、とする一般論を前提とし、本件の場合、医師には、薬剤・睡眠薬の投与および帯着用の許可について著しく不適切とする特段の事情は見当たらず、また看護婦にも、現実的にはそれ以上に適切な措置を期待することはできないとして、一審判決を取り消した（確定）。

「午前五時頃、平素起床の遅いうつ病患者がベッドの上に座っているのを発見した巡回看護婦としては、一般的には、その不自然な挙動に注目し、患者の自殺企図を想起し、適切な問答を交したり、看視を続けたり或は医師に患者の挙動を通報して指示を求める等臨機応変の措置を講ずるのが看護上誠に望ましいことは疑いを挿む余地がないのであるが、本件の場合、客観的には、Sは自殺念慮が既に消失し、自殺の危険性を予測しえない程度に回復したと認められる患者であったこと、Sは平素起床が遅いとはいえ、午前五時頃には便所のために起床する患者の数は決して少なくないこと、Sはベッドの上に座ってはいたが、それ以上に自殺念慮ないし自殺企図を窺わせるべき異常な行動、例えば帯や紐の類を探したり、徘徊すべからざるところを徘徊したり、言うべからざることを言ったり等の言動はなかったこと、一日におけるうつ病患者の自殺の危険性は早朝が多いとは必ずしもいえないこと、巡回の実施は限られた人数の看護婦、看護人で多数の患者の看護に当たらなければならないという標準的精神病院における看護の現実とY病院においても、看護条件の現実が右の標準的精神病院の場合と同一であるが、夜間巡回が一時間おきに実施されていた事実等、諸般の事情を彼此総合して検討すれば、N看護婦に対し右のような適切な臨機応変の措置を期待することは、理想論又は結果論としてはともかく、現実の看護業務の問題としては過大な期待を寄せるものであって不当であると、いう外はないのである。」

〔判例48〕入院少年患者の飛び降り自殺事件（東京地判昭和四五年三月一〇日、判例時報五八七号五七頁） H（一四歳・男性）は、昭和四一年五月ごろ、ネフローゼ型腎炎のためY経営の病院に入院し、その間病状が一進一退をたどっているうちに、自分の病状に不安を抱いたらしく、入院約六か月後の十一月一日午後、同病院の三階便所の窓から飛び降りて死亡してしまった。そこで、Hの母Xは、Hが神経過敏で自己の病状について不安からノイローゼ状態になっているため、XおよびHが

これをY側のS医師に告げて二、三日自宅へ連れ帰り気持ちを落ち着かせるよう申し入れたが、S医師、看護婦は、これに無関心で「それはX（母親）が心配しすぎるからだ、患者のためによくないから早く帰りなさい」といわれたので、看護婦に「今日のHは普通でないようだからよろしく」と告げて帰宅したところ、Hが自殺したのであるが、医師は単に病状に対し診断を下し施術するのみでなく、患者を全人格的に把握しそれに適応した措置を講じ、看護婦もこれを補助する義務があるのに、Y側の医師、看護婦は漫然とこれを怠ったためにHが自殺したのだと主張して、五〇〇万円の損害賠償を請求した。

東京地裁は、Hが精神科の治療を要するようなノイローゼの病状を有し、生命の危険を生ずる程度に至っていたことは認められず、当時Hの病状は好転しつつあり、自殺行為の原因を確認することは困難であり、まして自殺の原因がY病院の医師、看護婦の診断、看護上の注意義務違反によるとは認められない（予見不能）として、Xの請求を棄却した。

「Xにしてみれば、Hの右事故直前、Hを自宅に連れ帰ることについて再三S医師に対し許可を求めたのに、いれられなかったため、もし許可を得て自宅に連れ帰っておれば、このような事故を避け得たであろうという思いは、いつまでも諦め切れないものとして残ることであろう。結果的にみると、Hの心の中をそのように捉えたことは、母親の持つ直感であったということもできよう。しかし、前記認定の事実関係において、病状の好転しつつあるHを自宅に連れ帰ることを許可しなかったことは、SやOの医師としての立場からもっとも考えられるところもあるのであって、またXもHも、結局はSの説得を聞きいれて自宅に帰ることを断念したことは前記認定のとおりである。また本件において、Hが精神科医による治療を要する程にノイローゼの病状を有し、又は更に進んで生命に危険を生ずる程度にいたっていたことを認めるに足る証拠はない。結局、本件にあらわれた全証拠によって、Hの自殺を予見しえなかったことが被告Y側の医師、婦長等の責任であるとすることはできないものと解するのが相当である。」

〔判例49〕入院少女患者の飛び降り自殺事件（東京地八王子支判昭和五九年一二月二六日、判例時報一一五八号二一六頁）
H（一四歳・女性）は、昭和五一年七月末ごろから脳幹脳炎のためK病院等で治療を受けてきたが、昭和五六年六月からはY経営のS病院で治療を受けるようになり、同年八月中旬入院して検査を受け、さらに再検査のため同年一〇月一三日に再度入

院した。同月一五日午後六時近く、付添いの母 X_2 が食事に出ていたときに病室を抜け出して病院八階のベランダから飛び降り死亡した。Hの両親 X_1 ・ X_2 らは、①Hが入院中しばしば自殺企図を伴う異常行動をみせ、常時看視を要する状態にあり、②事故直前に X_2 が病室を離れる際Hが目覚ましていたため、ナース・ステーションに立ち寄りHの看護看視を依頼しておいたのであるから、③看護婦らはHに付添う等の方法で他人の行動を看視するか、 X_2 を引き止めて食事を後刻にのばすよう勧告すべきであったのにこれを怠ったと主張して、Yに対し二、〇〇〇万円の損害賠償を請求した。

東京地裁八王子支部は、Y病院の安全管理義務につき、Hの年齢、知能、行動等に照らし、多動な幼児に類するものとして社会通念上相当な限度で他人の生命、身体に安全に配慮すべき義務があったとしながら、前記①・②を排斥し、つぎのように論じて、 X_1 ・ X_2 らの請求を棄却した（控訴）。

「Hは、 X_2 が同女の病室を離れた際、眠っていたものであるうえ、その睡眠中は看視していなくても一応安心していられる状態であったのであるから、同女に対しては、 X_2 の不在中、A看護婦がHの病室を再度訪れて同女が睡眠中であることを確認したことにより、社会通念上相当な限度でのYの義務の履行は尽されたものというべきである。

また、本件事故は、それまで寝ていたHが突然起き出し、病室からベランダへ出てフェンスを乗り越えてフェンスにぶらさがりながら、「さようならおばあちゃん」「おばあちゃん、今行くよ」「お母さんごめんなさい」などつぶやきながら転落し、よって失命したものであり、これを同女の幼児性等に基づく示威的行動としてのみ理解することは到底困難であり、本件事故当時同女に死の意味を理解する能力があったか否かはともかくとして、同女が自ら死に至るべき行動をとったものであることは明らかである。そして、Hがかかる行動にでる危険のあることについては、S病院の医師、看護婦はもとより、日ごろ同女の面倒を見ていた X_2 や祖母でさえも全く予見していなかった。したがって、Hがかかる行動をとる危険があったことを前提として、Yの果たすべき義務を論じることとはできないといわねばならないし、結局、本件事故については、当時、当該関係者らの全く予見し得なかったことであって、何人の責任をも問ひ得ない。」

二歳・女性）は昭和四四年から精神病院閉鎖病棟に入退院を繰り返していたが、昭和四七年三月九日、Y₂県立T精神病院のI医師の診断を受け、精神衰弱ないし精神分裂病であるが自傷他害のおそれはないとされ、同病院開放病棟に入院した。その後元気になったようにみえたが、同月二八日には、自分の子X₂（九歳・女児）の泣き声が聞こえるといい、二九日にはX₂を連れ戻したいと泣き、看護婦に理由もなく千円札を一枚渡すなどの異常が現れた。三〇日早朝にはどこかへ電話をかけようとし、D看護婦に病室を半閉鎖病棟に変えて欲しい旨述べ、診察の際に医師にその希望を述べるように指示されて了解し、午前九時までは病棟内にいたが、午前九時四〇分担当のY₁医師がAを診察しようとしたときAの姿は見えなかった。Aはその間に病院を抜け出し、同年四月一二日に溺死体となって発見された。Aの夫X₁と子X₂は、①患者が勝手に外に出られないような設備が必要なのにT病院はそれが不完全であった、②閉鎖病棟に収容すべきであるのにAを開放病棟に収容した、③病院職員はAが離院しないよう十分注意すべきであった、④離院の早期発見を怠り適切な搜索をしなかったなどの過失を主張し、Y₁医師とY₂県に対して一、三一八万円の損害賠償を請求した。

大阪地裁は、精神病院における開放療法の一般的必要性を認め施設管理の瑕疵もないとし、Aを開放病棟に収容した診断に誤りはなく自殺のおそれもなかったので閉鎖病棟に移す必要もなく、Aは病感をもって治療を希望していたことから常時看視すべきであったとはいえず、搜索に不行届きはないとして、X₁・X₂の請求を棄却した（控訴）。

「治療を担当する医師、看護婦等は、患者の動静に注意して、死亡事故が発生することのないよう配慮する義務があるというべきである。しかし、その必要とする注意配慮の程度、方法等は患者の症状、挙動等によって異なるのが当然であり、Aは精神の異常について病感をもち、積極的に治療を希望して入院していたものであり、離院当日、D看護婦はAの数日來の言動から医師の診断を受けさせるのが適当であると判断して、診察を受けるようAに指示し、Aもこれを了承していたのであって、自殺をするおそれが見られたのでもないから、Aが病院からでてゆかないよう看護者等が常時注視していなければならなかったものとはいいがたく、また患者に対する前記治療方針からすれば、そのような注視は必ずしも適当ではないわけであり、Aが被告Hの診察を受ける直前、看護者等の気付かない数十分間に、病院から外にでていったことをとらえて、患者の動

静に対する注意を怠ったものとし、看護者等病院職員を責めるのは相当でない。」

〔判例51〕精神病患者の無断離院バス事故死亡事件（名古屋地判昭和五八年二月一六日、判例時報一一一六号九五頁）

I（二七歳・男性）は、両親を亡くした昭和三六年以降叔父夫婦の許で養育されその稼業を手伝っていたが、昭和四五年七月から躁うつ病圈に近い過敏関係妄想によりY医療法人のK精神病院に入退院を繰り返し、昭和四八年二月には三度目の入院をした。症状回復状況が良好で、翌年九月初旬に退院可能となったが、就職先の受け入れ態勢が整わないことから不安定となり、一〇月三日に無断離院をし、連れ戻され閉鎖病棟に収容された。同月五日朝運動場で皆とラジオ体操中にすきをみて、施錠のない開き戸から無断離院をし、同日午前九時ごろ道路を歩行中に車道に飛び込み、バスにひかれて死亡した。Iの相続人である祖母 X_1 ・ X_2 は、YにはIの事故を防止する義務があるところ、①一回目の離院の原因を究明せずIの嫌う閉鎖病棟に収容して第二の離院の原因を作出し、②運動場の出入口を施錠せず付近に職員を配置しなかった過失により本件離院および死亡事故を発生させたとして、Y医療法人に対して債務不履行または不法行為に基づき一、九〇一万円の損害賠償を請求した。

名古屋地裁は、①については、Iは関係被害妄想のため閉鎖病棟で観察する必要があったとし、②については、つぎのように論じて、 X_1 ・ X_2 の請求を棄却した（確定）。

「K病院の運動場周囲に張られた開き戸を常時施錠したり、患者の運動中常時開き戸付近に職員を立たせて患者を監視することは病院全体を閉鎖的環境に置くことになりかねないので、施錠されていない開き戸があり、またその付近に職員を配置していなかったとしても、無断離院者を直ちに発見しうる態勢がとられていた限りK病院側に委ねられた合理的治療方針を逸脱したものとはいえない。《中略》そもそも無断離院が常に必ず交流事故を招来するものでないことは、同月三日現にIが無断離院した際にも無事帰院していることから明らかであり、また本件死亡事故はIの自殺によって惹起されたものではないかとの疑いも払拭しきれない。一〇月三日Iが帰院した後、更に再度無断離院を企てるなどの徴候が窺えたのであれば格別、Iの言動に異常はなく一〇月四日は何事もなく経過したのであるから、Iが一〇月五日のラジオ体操の際、無断離院を図ることを予測しうる状況にあったとは到底いえない。したがって、右ラジオ体操中にIの逃走を防止するため柵の開き戸に施錠し、右

開き戸付近に職員を配置していなかったとしても、無断離院者を直ちに発見しこれを追尾しうる態勢にあり、現にIを看視しながら退尾したのに同人が予期に反した行動に出たのであるから、K病院側に帰責事由はないと認められる。」

〔判例52〕精神分裂病患者の行方不明凍傷事件（札幌地判昭和三八年九月三〇日、加藤一郎・鈴木潔編・医療過誤紛争をめぐる諸問題〔法曹会、昭和五十一年〕三八〇頁） 精神分裂病患者が病室から行方不明になったところ、看護婦が十分な所在搜索もしなかったため、左足に凍傷を生じ、また、右凍傷に応急手当をしなかったため左足指の肉が壊死し、歩行困難となった事故において、患者の父親が公立大学病院の過失を主張して三〇万円の慰謝料を請求したが、札幌地裁はこれを棄却した（判決理由は不明）。

〔判例53〕病院外出中の精神病患者の列車飛び込み自殺事件（東京控判大正一二年七月三十一日、新聞二二〇四号六頁。差戻審・東京控判昭和二年五月一六日、新報一三〇号一四頁） Kは、生来性神経衰弱症との診断を受けて（実際は軽度の早発性痴呆）、大正七年一月一七日よりY₁経営のY病院に入院し（二月一〇日から七月一日までは一時Y₁経営のO脳病院に転院）療養中であつたが、同年八月二〇日に同病院の許可を得て単独外出したところ、日暮里・三河島両駅間の常磐線において、列車に身を投じて自殺を遂げた。そこで、Kの養父Xが医師の過失を主張し、病院経営者Y₁の使用上責任を退及し慰謝料を請求したところ、東京控訴院は「Y₁ハ右Kノ入院治療ヲ為スニ際シ嚴重ナル監督周到ナル看護ノ義務ヲ尽スコトナク同人ヲシテ自由ニ単独外出セシメ、從テY₁ハKニ自殺ノ機会ヲ与ヘタルコトニ付キ過失アリ」として看護義務懈怠に基づく損害賠償責任を認めた。しかし、大審院は、Xが被用者たる医師の過失につき使用者責任を求めたのに、控訴審判決が直接Y₁本人の過失を認定したのは失当であるとして、破棄差戻の判決をした。差戻後の控訴審判決は、つぎのように論じて、Y₁の責任を否定した。

「生来性神経衰弱ナリト診断ノ下ニKヲ收容治療シ、……自殺当日ニ至ル迄特段ノ変調ナク之ヲ自殺ノ慮アル患者トシテ特ニ精神病院ニ收容シ若クハ自由外出ヲ禁止セサルヘカサル程度ノモノナラサリシ事実ヲ認め得ヘク……早発性痴呆ト雖モ斯ノ如キ程度ノ症状ニ於テハ之ヲ生来性神経衰弱ト鑑別スルコト頗ル困難ニシテ之ヲ後者ナリト診断スルモ敢テ医師ノ過失ト為

スヲ得サル……前示ノKノ症状ヲ以テ自由ナル外出ヲ許スモ自殺ノ虞ナク却テ治療上適當ナリト診断シ自由ニ外出ヲ許シタレハトテ之カタメニ必スシモ医師トシテノ適當ナル処置ヲ誤リタルモノト断スルヲ得ス。」

〔判例54〕散歩療法中の精神分裂病患者の踏切自殺事件（津地判昭和四六年八月一日、加藤一郎・鈴木潔編・医療過誤紛争をめぐる諸問題〔法曹会、昭和五一年〕三八一頁）精神分裂病患者が入院中に、治療法としての院外自由散歩に出た際、近くの国鉄踏切で列車に飛び込み自殺した事故において、患者の両親が県立病院の過失を主張して六三二万円の損害賠償を請求したが、津地裁はこれを棄却した（判決理由は不明）。

〔判例55〕病院外出中の精神分裂病患者の踏切自殺事件（東京地判昭和五三年二月七日、判例タイムズ三六六号三三一頁）患者K（二四歳・女性）は、昭和四八年一月二日、Y経営のG診療所（精神科）において、Y医師の診察を受けた結果、以前に発病したことのある精神分裂病が再発したと診断され、同診療所に入院して治療を受けていたところ、同年四月二日、Yの事前の許可を受けて外出中に、京成電鉄押上三号踏切で、道路両側から降りていた遮断器の竿の中央の隙間から侵入し、折から進行してきた電車に撥ね飛ばされて即死した。そこで、Kの相続人であるXら（父母、父の死亡で相続人である子ら〔Kの兄弟姉妹〕が加わる）が、この事故は、精神分裂病による幻覚、妄想、またはY医師の投薬による催眠作用によるものだから、YにおいてKの治療看護に関し善管注意義務を尽し、精神病院における回復治療に際し、Kが症状上、外出の一時禁止ないし看護人を付して場所的制限をすべきであるのに、楽観的診断により看護を十分行わなかった点で、債務不履行責任があり、仮に右契約責任が認められないとしてもYには診療所開設者としての注意義務懈怠による不法行為責任があると主張して、Kの逸失利益の相続、Xら固有の慰謝料を各合算して七六七万円を請求した。しかし、東京地裁は、つぎのように論じて、Xらの請求を棄却した。

「精神病患者を開放病棟に入院させて治療、看護するに当たっては、入院患者の病状、挙動の変化等に十分注意し、患者の自殺事故を未然に防止すべき契約上の義務があるというべきである。《中略》亡Kは当初妄想気分もあり自己の病気を悲観し

ていたこともあってYも一応自殺を疑ったこと、しかし同女はその後Yの投薬等で次第に軽快に向かい入院中特に自殺を図ったこともなかった。《証拠判断略》本件事故は亡Kが発作的に行ったもので当時同女の意識は清明であったこと、右自殺当日、亡Kは普段と特に変わった様子もなく、昼の散歩に出かける時間帯に単独で外出した際の自殺であったこと等の各事実が認められ、また、Yが生活指導として行っていた散歩をさせることも、《証拠略》から窺えるとおり、患者を社会との接触の中で治療するという現代精神医学上確立した治療法の一環であって特異な方法でもないことが認められるから、これらのことから考えて、本件においてYが亡Kの自殺を予見しそれを防止すべきであったとはいえないといわなければならない。そうであればYに契約上の債務の不履行はなかったというべきである。《中略》Yが亡Kに対し前記のような具体的注意義務を負っていたことは認められるが、右義務違反があったとの点は前記のとおり認め難い。そうであればYに不法行為上の責任もないことになる。」

〔判例56〕 うつ病入院患者の単独外出中縊首自殺事件（東京地判昭和六二年一月三〇日、判例時報一二六七号八二頁）

S（二七歳・男性）は、大学卒業後、印刷会社に勤めた後、昭和五四年七月から東京都の職業訓練学校の指導員となったが、新しい仕事に自信がもてず、職場の人間関係に悩み、昭和五五年一月ころから、うつ状態となり、同年二月一九日に手首を切り自殺をはかって未遂に終わり、外科医院に入院し治療を受け、同月二五日に退院したが、その夜自宅でコードを梁に掛けて縊死しようとしたところを母X₂に発見されて未遂に終わった。そのため、父X₁は、翌二六日、Sを国（Y₃）立M療養所（所長Y₂医師）へ連れて行き、Y₁医師（主治医）の診察を受けた結果、抑うつ気分、自殺念慮、厭世感があり「内因性うつ病」と診断され、入院することになった。三月四日、戸外レクリエーションに参加させ、三月五日、所内での単独散歩を許可し、三月六日、一泊の自宅外泊を試みたところ、翌七日夕方無事帰院した。三月十一日朝八時三〇分、出棟簿に散歩と記載して外出の許可を求め、看護婦はSの態度に格別異常な点を認めなかったので、解錠して外出させたところ、帰院せず、看護婦は、午後二時自宅にも帰宅していないことを確かめた後、搜索を始めた。四月二七日に至って、同M療養所構内の使われていない建物の中で縊死していた（三月十一日に死亡）のが発見された。そこで、Sの父X₁と母X₂は、自殺のおそれがないとしてSに単独

外出の許可を与えた主治医Y₁の措置等に過失があったとして、Y₁およびY₁の監督者たる所長Y₂、医療契約の当事者Y₃（国）を相手方として、S死亡によって被った精神的損害につき損害賠償を請求した。

東京地裁は、つぎのような一般論を展開したうえで、Sが入院以来落着きを見せてきたこと、主治医Y₁の面前で明瞭に自殺を否定したこと等を考慮し、Sに対し開放処遇の一環として所内散歩、単独外出を許したY₁の措置に過失はないとしてXらの請求を棄却した（控訴）。

「一般的には、うつ病が全治しきっていない間は、自殺の危険性は常に何がしかは存在するのであるが、それにもかかわらず、治療の目的からは、開放的処遇に移行することが必要とされるのであるから、どのような症状の段階でどの程度の開放的処遇を行うかを決定することは、診療行為の核心に属することであって、医師が、そのときの医療水準上要求される医学的知識に基づき、かつ、患者病状の変化の的確な観察に即して、治療効果と危険とを衡量しつつ、判断すべきであるとともに、処遇が個々の患者の精神状態の多様性に応じたものでなければならず、かつ、病状の診断が、検査データ等の客観的資料により得るものでなく、医師による患者の表情や挙止動作の観察と対話の内容に依拠する部分が大きいものであるだけに、右の決定にあたっては、医師の裁量的判断に委ねられる範囲が広いものといわざるをえない。したがって、医師が患者の病状を注意深く観察し、自殺念慮が軽減し、開放的処遇によって改善を期待し得るものと判断して治療方法を選択した場合に、この判断に医学上不合理な点が認められないときには、たとい医師の見込に反して不幸な結果を招いたとしても、そのことの故に医師の過失を問うことはできないと解される。」

なお、看護活動に関しては、つぎのように判示した。

「本件病棟の看護者らは、概ね患者の動静に良く気を配り、一見些細な言動をも看護記録に記載し、留意事項についての交代看護者への引き継ぎや医師への伝達にも遺漏がなかったと認められるのであって、Sについて、看護者らが重要な事項を看過し又は伝達を怠ったことを認めるべき証拠はない。」

〔判例57〕レクリエーション療養中の患者の鉄道自殺事件（大阪地界支判昭和五六年一月二八日、大阪高判昭和五七年一〇

月二七日、判例タイムズ四八六号一六一頁） 思春期混乱を患う患者A（一八歳・女性）は、昭和五三年三月一七日Y病院で受診し、同年五月中旬同病院に入院し薬物・精神療法などを受け、医師の指示で同年六月一四日Yの主催する院外レクリエーションに参加したが、その帰りに駅付近で一行から離脱しプラットホームから電車軌道に飛び込んで自殺した。Aの両親Xらは、Aには自殺念慮および自殺傾向があり注意であったから、診療行為の一環としてのレク療法においても種目の選択や人選に適切を期し、引率においても安全を確認する等の義務があるのに、これを怠ったとし、Y病院に対し債務不履行または不法行為を理由とし、逸失利益と慰謝料を合せて二、五八九万円の損害賠償を請求した。

大阪地裁堺支部は、Aには意思能力はあるが自殺行為をしないと断定できない状態であったので、診療行為の一環としての院外レク療法においても、患者が離脱・自殺をすることがないよう、改札・電車の乗降時に引率者がその動静を確実に把握すべきであるのに、一行をバラバラに乗車させるなどその義務を怠ったもので、右行為と自殺との間に相当因果関係があると判断し、Xらにつき、Aの慰謝料（逸失利益は否定）の相続等として各三四五万円の支払を命じた。Yは、Aの家庭に問題があること、自殺の避止は不可能であったこと、離脱により履行不能を招来した（契約上の権利の放棄）ことなどを主張して控訴した。しかし、大阪高裁は、つぎのように論じて控訴を棄却した。

「自殺等の事故に至れば治療は根底から無に帰するのであるから、開放療法といえども患者の身の安全を第一義的に配慮しこの安全の要請と調和せしめつつ実施すべきは当然であり、これが看護医療契約の趣旨とするところであると解することができるから、時として必要不可欠な安全配慮の措置が医療上多少のマイナスを生ずることがありうるとしてもやむをえない。《中略》本件の自殺事故を不可抗力によるものとまでは認め難く、関係職員においてなおいつそう慎重に患者の離脱、自殺等の事故防止に配慮していたとすれば、たとえAの離脱が引率者の隙をみてなされたものであったとしても、早期にそれに気づくことができたはずで同人の自殺を防ぐことが不可能ではなかったと考えられる。《中略》AはYとの間に、自らの自殺念慮、自殺傾向消失のための治療と右治療及び自殺防止のための看護を目的とする医療契約を締結したのであり、その離脱、自殺は、その治療、看護が功を奏さずして、Aが依然精神障害中になされたものであるから、これをもって医療契約上の権利の

放棄とみることはできない。」

〔判例58〕精神分裂病患者の同室患者殺害事件（大阪地判昭和五三年九月二七日、判例タイムズ三七五号一一〇頁） 腎臓

病でY市立病院に入院中のK（男性）は、昭和四八年六月二八日午前一〇時四五分、同じ病室（四人部屋）のTがベッドで仰向きになって新聞を読んでいるところを、いきなり乗りかかり所持していたペイナイフでTの心臓部を力一杯刺して殺害した。その後すぐ、Kは自分の頸部・胸部・上腹部を刺して自殺をはかったが未遂に終わった。Kはかつて精神分裂病で他の精神病院に入院した経歴があり、右の犯行も精神分裂病による幻聴が直接の原因であったようである。しかし、Y市立病院入院の際はKもその家族も過去の精神病歴について黙っていたので、事件前には病院側はそれを知らなかった。Tの遺族X外五名は、病院の医師らがKの入院時に精神病の既往症を確認せず、入院後もその病気の存在に気づかずKとTを同室させておいたことは精神病患者を精神病室以外に収容することを禁じた医療法施行規則一〇条三号に反し不法行為に当たるとし（Y市立病院には精神科はない）、使用者であるY市に損害賠償を請求した。大阪地裁は、つぎのように判示して、医師、看護婦らの過失を否定し、Xらの請求を棄却した（確定）。

「Kのように精神分裂病が完全緩解に近い場合、本人が積極的に医師に対し精神分裂病の既往症を告知するか、幻聴幻覚のあることをいわない限り、精神に異常のあることを看破することは、内科医にとって至難である。《中略》Y市立病院の内科医師が、Kを入院させる際、細心な問診をすれば、精神分裂病の既往症が識別できたとは到底いえない。このことは、Kの入院中といえども変わらない。《中略》Kは、同月二七日昼ころ、自室の窓から外に向かって大声で奇声を発した。このことを（同室者から）聞いたW医師は、直ちにKに変わったことがないかと尋ねたが、別に変わったことがないと答え平静に戻っていたし、U看護婦長がKのベッドの傍に行き、『よく休めましたか、食欲はありますか、よく眠れますか』と尋ねたが、異常がないとの返答を得た。U看護婦長は、病棟の看護婦に対し、Kに注意するように指示し、看護婦はその指示に従ったが、翌二八日朝までKには変わった行動はなかった。W医師は、通常ある同室者間のトラブルと判断しKの病状も落着いていたので、同入をこの際退院させようと考え、二七日中にその息子に対し六月三〇日午前中に来院するよう電話連絡した。《中略》このよう

にみてくると、Y市立病院の医師、看護婦が、事故前日のKの大声で奇声を発したことに對する処置には、何ら責められる手落ちはない。」

〔判例59〕精神分裂病患者の同室患者暴行殺害事件（大阪地判昭和六一年九月二四日、判例タイムズ六二四号一九一頁）

ノイローゼのためY₁精神病院に入院中の患者A（六二歳・男性）は、昭和五七年一〇月一九日午前零時四〇分ころ、病室内において同室に入院中の精神分裂病患者Y₂（二八歳・男性）に暴行を加えられ、胸骨肋骨骨折、内臓破裂等により、同日午後三時すぎ死亡した。そこで、Aの妻X₁と子X₂は、Y₂に対しては直接の加害行為者として、またY₁病院に対しては、Y₂が発作の場合には狂暴性を帯びる重症の精神病患者で、本件事故前に発作の前兆があったにもかかわらず、Y₁病院はこれを看過し軽度のノイローゼ患者であるAと同室させたこと等に過失があるとして、それぞれ不法行為に基づく損害賠償（Y₁・Y₂は各自、X₁・X₂に各一、四〇九万円を支払え）を請求した（甲事件）。他方、Y₂の両親Y₃・Y₄は、Y₁病院に対し、Y₃・Y₁病院間でY₂に適切な治療を行い自傷他害のないよう保護を与えることを目的とする準委任契約を締結してY₂を入院させたのに、Y₁病院がY₂の自傷他害の事故発生を回避すべき注意義務を怠り、Y₂をAと同室させたために息子Y₂が殺人者となってしまう、親として著しい精神的苦痛を受けたとして、債務不履行ないし不法行為に基づく慰謝料（Y₁は、Y₃・Y₄に各一五〇万円を支払え）を請求した（乙事件）。

甲事件のうちY₁病院に対する請求については、訴訟前に成立したX₁・X₂とY₁病院の和解（和解金五五〇万円）を有効と認め、その和解によりX₁・X₂らのY₁病院に対する損害賠償請求権は消滅したものとした。Y₂に対する請求については、Y₂は既に刑事事件で不起訴処分とされていることもあって、本件事故当時、精神病による心神喪失状態にあり責任能力がなかった旨主張した。しかし、判決は、Y₂の病状、当時の言動を子細に検討した結果、本件行動はY₂の精神病の症状に伴うものとは異質のものであり、本件事故当時「その病状が是非弁別の判断力と、それに従って行動する能力とを全く失なわせる程のものであったとは認め難い」うえ、Y₂の本件事故を惹起した行動が全面的に、右精神病による症状に支配されていたとも認め難い」として、Y₂の心神喪失による責任無能力の抗弁を排斥し、損害額二、〇〇八万円（逸失利益八一八万円、慰謝料一、〇〇〇万円、

葬式費用は既払分八三万円のほか七〇万円、弁護士費用一二〇万円)のうちY₁病院が支払った和解金五五〇万円を控除して、

一、四五八万円(X₁・X₂に各七二九万円)を支払うべきことを命じた(確定)。

乙事件については、判決は、Y₁病院が開放的療法を主眼とし、患者を一人で拘禁するのは、自傷他害のおそれが非常に強いとき錯乱状態がおさまるまで一時的に個室に収容して集中治療を施す必要がある場合に限っていたものであること、Y₂は以前に精神状態不安定の症候を生じ他の患者と争いを起こしたが、保護室に二晩収容した結果言動が鎮静化し情動不穏の症候はおさまったので、保護室から開放病棟に移したものであり、これは「患者の治療、看護に関して医師としてなしうる裁量の範囲内の行為」であり不当とはいえないこと、本件事故前に他の患者とけんかをしたことがあったからといって、そのことから直ちに本件のごとき重大な死亡事故の発生を予見することは困難であること、その後Y₂に情動不穏の症候が出現して他の患者に危暈を加えるおそれある状態になったとも認め難いので、開放病棟への収容を続けたことが治療、看護方法として不適切であったということとはできないことなどの事情を認め、債務不履行ないし不法行為の成立を否定した(確定)。

〔判例60〕精神病院入院患者の隣室患者傷害事件(浦和地判昭和六〇年三月二十九日、判例時報一一七七号九二頁) Y精神

病院は、開放的治療の理念に基づき、各病室のドアには鍵をつけず出入り自由とし、夜間の病棟の看視も当直者二名ができる範囲に止めるなど、開放的な雰囲気の中で入院者の治療に当たっていたところ、昭和四十八年三月八日午前六時ごろ、入院患者X(男性)が自室で睡眠中、隣室の患者O(男性)に顔を殴打され右眼を爪で引っ掻かれるなどの暴行を受け、右眼が失明に近い状態となった。そこで、被害者であるXは、Xの父とYとの看護診療契約により、YはXに適切な治療を施すとともに、Xが他の入院患者の異常行動による危害を受けることのないように保護し監督する義務を負っているのに、その防止設備をせず、看護が行き届くよう十分な配慮もせず、X受傷後は適切な治療をしなかったと主張し、債務不履行を理由に、一、〇〇〇万円の損害賠償を請求した。

浦和地裁は、Xの視力障害の原因が本件事故にあることは認めたが、Yの債務不履行の点については、つぎのような理由でこれを否定し、Xの請求を棄却した(控訴)。

「Y病院は、各病室の出入口のドアには鍵をつけていなかったため同じ階内では各病室に他の病室の患者が出入りしうるような状態においており格別危害防止の設備をしていなかったこと、本件事故発生当時「本件病棟では」二名の夜勤者が入院患者の看護にあたっていたのみでこの者達でやれる以上の看視をしていなかったことが認められる。《中略》ところが、XやOについてY病院が、具体的危険を予測しうるような状況にあったとは認め難いので、Y病院の前記不作為が医療の性質上治療方法に関して医師に認められる裁量権の範囲を逸脱したとは認め難くその合理性は肯定できる。そうすると、XがY病院の債務不履行と主張する前記不作為をもって前記契約上の債務に違反するものとはいえず、Y病院の債務不履行であるとみることはいえない。また、《中略》受傷当日近くの眼科医院にXを連れて行って診療を受けさせ、その後右医院の指示に従いY病院において治療をしたことが認められるから、右の点も債務不履行とはいえない。」

〔判例61〕精神分裂病患者的隣室患者殺害事件（神戸地判昭和五五年二月六日、判例時報九七一号九一頁） 精神分裂病でY県立のK精神病院に入院していた患者O（二八歳・男性）が、昭和五一年九月一二日午前四時五〇分ごろ、同じ病棟内の自室から三つ目の病室の老年痴呆症患者I（八五歳・男性）を、牛乳びんで数回殴打したうえ頸部を革バンドで締めつけるなどして殺害した。そこで、Iの妻Xは、同病院の設置・管理上の瑕疵、看護人らの事故防止義務違反を理由に、Yの使用上責任を追及し、七七〇万円の損害賠償を請求した。神戸地裁は、つぎのように論じて、看護人らの看視の不十分さを認め、Oの攻撃開始時に同人らが急行すればIの死の結果を防止し得たものとして、Yの使用上責任を認め、八〇万円の賠償を命じた（確定）。

「本件事故は、先行事件「Oは主治医Fに外出許可を求めたが拒否されたためFを殴打して打撲症を負わせた」から一ヶ月余りの後に発生したものであり、たとえ、病院の夜間勤務中に発生したものとはいえ、少なくとも、三名の夜間勤務者が勤務していたのであり、本件事故発生時に右夜間勤務者の居た場所とOの病室およびIの病室（本件事故発生場所）との距離、配置関係、本件事故の態様および本件事故発生時の環境（静けさ、気配）等を考え併せるならば、OがIに対して牛乳びんで攻撃を開始した近い時点で右夜間勤務者らにおいて何らかの物音に気付き得たものと考えられ、右時点で本件事故現場へ急行していたならば、少なくとも、その後のOの攻撃を回避し、Iの死亡の結果を免れ得たことは明らかである。しかるに、本件

事故発生時における夜間勤務者らにおいて本件事故の発生に気付くのが遅れ、結局、Iの死亡を阻止し得なかったものといふことができ、たとえ、看護単位、勤務体制の面で人的施設の不十分なることを考慮に入れても、右夜間勤務者の看護、看視は十分でなく、本件事故の発生を未然に防止すべき注意義務をつくさなかった過失あるものといわなければならない。そうだとすればYは右夜間勤務者の使用者として本件事故による損害賠償を免れない。」

〔判例62〕精神病院入院患者のレク療法中の他患者傷害事件（山口地判昭和四二年二月二〇日、昭和三九（ワ）一九三号、加藤一郎・鈴木潔編・医療過誤紛争をめぐる諸問題〔法曹会、昭和五一年〕三八〇頁） 精神障害で入院治療中のレクリエーション療法として行ったソフトボール試合中に、発作的に凶暴な行為に出る危険のある他の患者のバットを頭部に受け、急性心機能不全のため死亡した事故において、患者の母親が精神病院および同院長（四人の承継人）に対して、二二五万円の損害賠償を請求したが、判決は一部認容し、四八万円の支払を命じた（判決理由は不明）。

〔判例63〕精神病院入院患者の失火焼死事件（宮崎地判昭和五〇年四月二八日、判例時報七八九号八三頁） X₁は、その夫T（五〇歳・男性）が慢性酒精中毒等のため自傷他害のおそれがあると考え、昭和四七年七月一三日午後五時ごろ、Y医療法人の精神病院のM医師にTの入院方を依頼してその了解を得て、後日措置入院の手続きをとって入院させることにして帰宅した。しかし、Tの精神異常が極めて昂進していたので、時刻が遅いため措置入院等の手続きを取れなかったが、警察署に依頼してパトロールカーでTを精神病院に連行し、午後七時ごろ、その身柄を同病院のS婦長に託した。S婦長は、Tを保護室に収容し施設した。その際、同行の警察官がTの身体検査が未了である旨をSに告げたが、Sは後で行うと答え、所持品検査はしなかった。Tは煙草とマッチを所持しており、午後八時ごろ煙草を吸い、その火を十分に消さないまま塵紙にくるんで保護室の隅に放置したため、同人の就寝中、布団や壁板に燃え移って火災になり、室外に逃げ出すことができずに全身火傷により死亡してしまった。そこで、Tの妻X₁および子X₂は、この事故はSにおいて注意義務を欠いたため生じたものであるとして、Sの使用者Yを相手として損害賠償請求（九四八万円）の訴えを提起した。

宮崎地裁は、つぎのように論じ、Tが煙草の吸殻を放置した午後八時ごろにおいては同人の意識はかなりはっきりしていたものと推認されるところとして、その過失につき七割の過失相殺を認め、Yに二二五万円の損害賠償を命じた（控訴）。

「精神病院において、自傷他害の虞のある者を前述のような構造の個室に収容するにあたっては、収容の目的自体が右の虞の除去にあるのであるから、病院は当該患者が危険物を所持していないかどうかを検査し、所持している場合にはそれを取り上げ、もって事故の発生を未然に防止すべき注意義務があるというべきところ、右Sはこれを怠り右の検査をすることなく漫然Tを保護室に収容したため、煙草とマッチを所持していた同人が喫煙し、その火の不始末から本件火災が起り、よって同人は全身火傷を負い、そのため死亡するに至ったものである。そうして、Yが右Sの使用人であるから、Yは民法七一五条に則り、Sの過失によりXらの蒙った損害を賠償する責任がある。」

〔判例64〕精神病院入院患者の失火火傷事件（長崎地佐世保支判昭和四三年一月二十九日、医療過誤民事裁判例集二八五一頁） 妻の不貞行為などを契機に精神に異常をきたし、昭和三六年頃から精神病院への入院を繰り返して、昭和三七年八月に被告Y精神病院に入院してきたT（三五歳・男性）は、精神分裂病のため他の患者と喧嘩するなどの理由で同年一月八日に保護室に収容され、電気治療やカクテルンまたはコントミン五〇ミリグラムの注射などの療法を受けていた。同月一七日午後七時三〇分頃、Tは保護室内で看護員Mに煙草を求め、Mから火のついた煙草と空き罐の灰皿をもらって喫煙した。MはTに吸殻の火の始末を指示して保護室を去り、五分後に再び保護室にきてみたが、Tが煙草を吸い終わって吸殻を灰皿に始末しているようにみえたので、そのまま保護室にかんぬきをおろして立去った。しかし、約二時間後に、Tのうめき声と白煙の充満により保護室の火災が発見された。煙草の火か灰から布団に引火したらしく布団の一部が焼け、Tは右足の膝関節以下に火傷をした。一〇日後に、Tは右腕の動脈閉塞を生じたので、一月二十九日からI外科医の診断治療を受け、二月一九日からK病院で右肘の上約五センチからの切断、右足の火傷部への皮膚移植等の手術を受けた。また、昭和三八年一月には右腓骨骨髓炎のためS外科医による右腓骨の下三分の一切断の手術を受け、さらに、昭和三九年九月には市民病院で脛骨切断の手術も受けた。Tは、精神分裂病により就職が困難であつたうえに、義手・義足では仕事もできないと嘆いていたが、昭和四二

年八月六日に自殺により死亡した。

Tの母Xは、被告Y病院に対し三五〇万円の損害賠償（Tの慰謝料の相続分三〇〇万円、X自身の慰謝料五〇万円）を請求した。長崎地裁佐世保支部は、右手の動脈閉塞と切断については因果関係もYの治療上の過失も否定したが、右足火傷と切断については、つぎのように論じてMの過失との因果関係を認め、Y病院の使用者責任として六〇万円の損害賠償（Tの慰謝料の相続分五〇万円、Xの慰謝料一〇万円）を命じた。

「看護員MはTに喫煙させるに際し、同人が前記のような治療を受けている患者であり、かつ、保護室収容中であることに思いをいたし、同人の喫煙が終了するまで付添って火の始末をなし火災発生を防止すべき注意義務があったにもかかわらずこれを怠ったものであるほか、喫煙時の右注意義務を怠った後においても、保護室見回りを被告Yから命ぜられたとおり三〇分ごとに行っていたれば、火災発生を早期に発見できた筈のところこれも怠ったものと認められ、右看護員Mの過失がTの右火傷をもたらしたものとわなければならない。被告らは、Tが煙草を要求したとき意識がはっきりしていたから同人の過失による火傷であると主張するが、Tは保護室収容以来、毎日のように電気療法やカクテルイン又はコントミン注射を受けていたものであり、右の場合、Tが痴呆状態又は傾眠状態になりうることは被告らの自認するところであり、そのうえ、Tは自らの力では外部へ逃げることでできない保護室に収容されているのであるから、たとい、Tが喫煙を求めた際意識がはっきりしていたとしても、前記認定の看護員Mの過失を否定することはできない。△中略▽Tの右足切断は前記火傷に起因することは明らかであり、既に認定したように火傷は看護員Mの過失によるものであり、同人が医師たる被告Yの被用看護員であって、同被告経営の医療業務に従事していた際右事故が発生したことは当事者間に争いがなければ、被告Yは看護員Mの使用者として、Tが火傷をして右足切断のやむなきにいたったことによる損害を賠償すべき義務がある。」

〔判例65〕入院患者の放火による多数患者焼死事件（宇都宮地足利支判昭和五〇年二月二三日、判例時報八一一号二九頁） Y₁医療法人のR精神病院では、昭和四五年六月二十九日夜、入院中の患者K（二二歳・男性、シンナー中毒）・S（二六歳・男性、興奮性精神薄弱）・U（二八歳・男性、破瓜型精神分裂病）・N（三八歳・男性、破瓜型精神分裂病）の四名が共

謀して本件第二病棟（閉鎖病棟）からの逃走を企て、放火して同病棟を全焼させ、入院患者四七名のうち一七名が焼死した。焼死者の遺族であるXら（三八名）は、(1)Y₁に対し、①病棟構造の不備、マッチの管理の杜撰さ、消火設備・避難体制の不備、当直勤務看護人監督の不行届等を理由とする民法七〇九条の責任、②看護人の火災発見の遅滞、避難誘導の懈怠等を理由とする民法七一五条の責任、③病棟構造の不備、防火・消火設備の不備等を理由とする民法七一七条の責任を追及するとともに、(2)右病院を指導監督すべきY₂県に対し、本件事故は知事が医療法二四条および精神衛生法一条に基づく権限の適切な行使を怠ったために発生したものであるとして国家賠償責任を追及し、両被告に対し死者一名につき一、〇〇〇万円の損害賠償を請求した。

宇都宮地裁足利支部は、右のうち①の責任を認め、Y₁に対しXらに被害患者に各四〇〇万円の損害賠償を支払うことを命じ、その余の請求は棄却した（一部控訴）。

「被告Y₁は、右病棟に火災が発生すれば収容患者全員の救出は困難であって、多数の犠牲者が出るであろうことは客観的に容易に知り得たものと認められる。そうであれば多数患者の生命を預かる被告Y₁には、第二病棟を直ちに第一病棟と同様に防火設備の整備された不燃性建造物に改築することはできなかったとしても、その改築までの間、これに近い程度にまで物的、人的な面で欠陥を補うべく、マッチの管理を厳重にして患者が所持しないよう、誤って所持しているものは早期に発見できるように十分注意し、かつ問題患者の性癖を的確に察知してその動静に注意し、万一火災が発生した場合には、早期にこれを覚知し、本館や他病棟でも即時覚知しうるよう自動火災報知設備または非常警報器具（非常ベル）を設置し、避難能力のない患者の救出のため、夜間の当直看護人を増員して訓練を施し、もし看護人の員数に不足があれば非常口の数の増加または自動開錠装置等で補い、もって事故の発生を未然に防止するべく、精神病院の特殊性に応じ、健常者の収容施設よりも高度の注意義務が存したものとといわなければならない。《中略》しかるに被告Y₁は、これらの注意義務を怠った結果本件被害者らを死亡するに至らしめたものと認められるから、民法七〇九条に基づいて、これによる損害を賠償する責任がある。」

〔判例66〕精神病院入院患者の窒息死事件（奈良簡略昭和四七年八月二六日、法務総合研究所・医療過誤に関する研究二二

七頁） G 病院精神科に勤務していたY看護婦は、強度の精神分裂病のため入院中のK（二〇歳・女性）が興奮状態で粗暴か

つ不潔行為の症状発作があったため、担当医師より抑制の許可を得て、保護衣を着用させ、抑制帯を用いて下肢をベッドに固定し、さらに掛布団の上から抑制帯をかけてベッド抑制の措置をとった。巡回時にKがよく寝ていたので、下肢の抑制帯および布団上の抑制帯をはずし、保護衣の左袖のひもをベッド頭部の左側の脚に結びつけておいたところ、看護婦が看視していないうちにKが身体を動かし、ベッド右側へずり落ちかけた際、保護衣の衿で首が締めまり、窒息死してしまった。奈良簡裁は、つぎのように判示して、被告人Y看護婦を業務上過失致死罪として罰金四万円の刑に処した。

「保護衣は両袖が長く先端が塞がれていてその先についたひもを背後で結んで両手の自由を奪うもので、ベッドへの保護衣の袖のひもをくくりつけるような方法は用いず、又ベッド抑制は通常抑制帯を用いて四肢を固定するので、ベッド抑制の際保護衣を着用させることは不要であるうえ、これを着用した患者は手指の自由がきかず、衿元はぶ厚くゆるめなので、片袖のひもをベッドに固定したりすると患者が寝返りをうったり目覚めて暴れた場合、保護衣の衿が首にくいこんだりして、その生命身体にいかなる危険を及ぼすかもしれないので、このような場合看護婦としては保護衣を脱がせて抑制帯によりベッド抑制するか又、抑制帯をはずしたなら保護衣のひもは背後に結んだままにしておいて常時看視する等すべき業務上の注意義務がある（のにこれを怠り、Yは上記のような処置をしたうえ）、その後二、三〇分、Kのかたわらを離れて看視しなかった過失により就寝中のKが身体を動かしベッド右側へずり落ちかけた際、保護衣の衿がKの頸部にくいこみ、窒息死するに到らしめた。」

〔判例67〕俯伏保育乳児窒息死事件（大分簡略昭和四一年二月一六日、法務総合研究所・医療過誤に関する研究二二五頁）

財団法人A母子健康センターは、乳児I（生後三か月・男児）を預かって保育していたが、担当の被告人看護婦Y₂が、Iをベッドに俯伏に寝せたまま一時間一五分間もそこを離れているうち、Iが窒息死するに至った。大分簡裁は、つぎのように論じ、同センター代表者である助産婦Y₁および保育担当の看護婦Y₂を業務上過失致死罪として、Y₁を罰金三万円、Y₂を罰金二万円の刑に処した。

「被告人Y₁は、乳児に対し俯伏に寝かせる育児法を採用実施していたものであるが、生後一か月乃至六か月程度の乳児は未だ充分に首がすわらず、布団等で鼻・口を塞ぎ窒息するかもしれないことが充分予想されるのであるから、これを実施する場合、被告人としては実施者である看護婦に対して絶えず側にいて看視するよう注意指導すべき業務上の注意義務があるのにこれを怠り、看護婦Y₂をして預り保育中のIを約一時間一五分俯伏のまま放置させて同人を窒息させた。

被告人Y₂は、前記Iをベッドに俯伏に寝させたのであるが、絶えず側にいて看視すべき業務上の注意義務を怠り、同人の側を約一時間一五分離れて放置したため、同人を窒息させた。」

〔判例68〕乳児伏臥位状態死亡事件（東京地判昭和五四年一月一二日、判例時報九二四号一四一頁） 被告人助産婦Yは、「母と子のセンター」の名で託児所を経営し、委託を受けて乳児を保育する業務に従事しているが、右託児所六畳間において、昭和五一年七月九日正午ごろ、乳児A（生後八四日目）に対しミルク一〇〇ミリリットルを二〇〜三〇分の時間をかけて飲ませた後、Aが眠りにつくのを待ったが、午後一時ごろ、生後二か月の乳児Mが泣き出したのにつられてAも泣き出したので、二人をあやしていたところ、午後一時四〇分ごろ、乳児Eが泣き始めたため、AとMを布団の上に寝かせて、Eの方へ行つてあやし、おむつの取替えその他の世話をしてから、Aの方を振り返ってみると、Aには既にチアノーゼが現れ、口の周りにはミルクが付着していた。Yはタオルでミルクを拭い、マウス・トウ・マウスの人工呼吸を施し、聴心器でかすかに心音があるのを確かめ、妹Nに電話をかけさせて嘱託医Hの往診を頼むとともに救急車でT病院に運んで救急処置をしてもらったが、効なく、午後二時四五分死亡した。そこで、Yは、乳児を確実に仰臥させることなく、柔らかい敷布団に無造作に横たえた過失により同児を伏臥させ、窒息により死亡させたとして、業務上過失致死罪に問われた。検察官は、本件死因は、吐乳吸引または鼻口閉塞、あるいはこれらの競合による窒息死であつて、それは被告人が乳児を伏臥位にさせたことが原因であると主張したが、東京地裁は、吐乳吸引または鼻口閉塞による窒息死とは断定できず、むしろ突然死の可能性もあるとし、つぎのように論じて、被告人を無罪とした（確定）。

「当裁判所に現れた証拠による限り、一般的に乳児を伏臥させることが吐乳吸引や鼻口閉塞により窒息死を招く虞があつて

危険であるとするについても疑問があり、Aを伏臥位にしたことが、同児の死の原因であると認めることはできず、証拠を精査しても、Aの死がそれ以外の被告人の行為によって発生したものと認めることもできない。

以上のとおり、本件死因については種々疑問があつて、いずれとも断定することができず、被告人の行為以外の原因によつて本件死が惹起された可能性を否定できないから、本件はその因果関係についての合理的な疑いを入れない程度に立証されたとは言い難く、その余について判断するまでもなく、被告人に対する公訴事実についてはその証明がないことに帰する。」

〔判例69〕新生児の取違え引渡し事件（那覇地沖繩支判昭和四四年九月二〇日、判例時報九四九号一一一頁） x子は昭和

四六年八月一六日X夫妻（夫 X_1 ・妻 X_2 ）の、y子は昭和四六年八月一八日Y夫妻（夫 Y_1 ・妻 Y_2 ）の、いずれも長女としてZ医師経営の医院において出生したが、同医院退院時に、x子はY夫妻に、y子はX夫妻に、それぞれ誤つて引き渡され、右両夫妻によりx子は「Yx子」の、y子は「Xy子」の氏名で、いずれも実子として出生届が出され、養育されていた。ところが、五二年六月ころ、X夫妻が同y子の血液型から親子関係の存否に疑念をもち、Zに調査を委託し、調査の結果、同年六月に前記取り違えの事実が判明した。

そこで、x子・父 X_1 ・母 X_2 、およびy子・父 Y_1 ・母 Y_2 らは、①昭和四二年に日本産婦人科学会において取り違え事故の実態調査がなされ、複数の標識の採用等の防止策が指導されていたにもかかわらず、Zは複数の標識を使用せず、新生児の足首につけた標識バンドも入院中常時着用させるわけではなく、そのバンドの管理も全く不十分であつた、②Zのカルテにおける新生児体重記載も不正確で、x子については出生後四日目と五日目の記載が後日書き改められるなど取り違え防止措置としては杜撰極まりないものであつた、③Zは出産に介入することを主たる業務とする産婦人科医師として、母親が出産した子はその母親に引き渡すのが初歩的で根本的な責務とするところ、その基本的な注意義務を懈怠して、 X_2 にその子でないy子を引き渡して退院させた後、 Y_2 の入院期間中、新生児の体重測定値の推移の異常から本件事故発生に気付くべきであつたのにこれを漫然看過して、その子でないx子を引き渡して退院させたものであつて、これらは重大な過失であるとしてZの不法行為責任を追及した。

那覇地裁沖縄支部は、右の取り違えは被告医院の過失による旨の原告らの主張を認めたと見え、その損害についてはつぎのように論じ、取り違えが判明した後、実子の交換を決意するまでの両親の苦悩、約九か月後に交換を実現するまでにそれぞれの家庭の払った犠牲や苦痛、交換後もそれぞれの実子とその実の親兄弟になじまず、週に一度ずつ養い親に会わせる必要があるなど、人間形成の面でも将来にも不安があり、気のながいカウンセリングをしなければならないこと等を認定して、一、五五三万円の損害賠償（子に対する慰謝料各三〇〇万円、両親四名に対する慰謝料各二〇〇万円、諸費用実費Xにつき三七万円、同Yにつき三六万円、弁護士費用一四〇万円、一部弁済分X・Y各三〇万円を控除）の支払を命じた（控訴）。

「原告らは本件事故のため過去六年間親が実の子に対して看護教育を行い、子が実の親からこれを受けるという相互の権利を侵害されたのみならず、原告Y子及び同X子は人格形成上の重要な可塑性に富んだ右期間を過した養家我突然離れ、心ならずも実の両親の下で新たな家族の一員として養育されるという環境の激変に戸惑い、適応に苦しんでおり、しかも両原告夫妻においても実子と円滑な親子関係を形成すべく苦闘しながら、他方六年余り膝下で養育した後心ならずも手離れた子の将来を心から案じていることが認められ、この原告ら各親子の心痛は察するに余りあるうえ、本件事故が被告Zの初歩的・基本的な注意義務を懈怠した重大な過失により発生したことをも考慮すれば、その慰謝されるべき原告ら親子の損害は多大であるといわざるを得ない。」

- (一) 自殺防止のポイントについては、富松毅「精神科医療領域に関する事故防止について」日本精神病院協会監修『精神病院における自殺』一八三頁以下参照。
- (二) 日本看護協会編『看護事故事例ノート』（日本看護協会出版会、昭和五〇年）四〇頁参照。
- (三) 従来の「精神衛生法」が、昭和六二年の大改正によりその名称も「精神保健法」と改められた。
- (四) 古村節男・植木哲編『医療紛争の事例と争点』（金芳堂、昭和六〇年）七四頁〔木村俊郎〕。
- (五) 古村節男・植木哲編・右掲書八〇頁〔魚谷隆〕、日本看護協会編・前掲書四二頁参照。
- (六) 日本看護協会編『看護事故事例ノート』前掲書 四二頁、五二頁など参照。
- (七) 法務総合研究所編『医療過誤に関する研究』（法曹会、昭和四九年）二二八頁〔飯田英男〕参照。

- (八) 高田利広『看護の安全性と法的責任〔第一集〕』(日本看護協会出版会、昭和五十一年)一六〇頁。
- (九) 高田利広『看護の安全性と法的責任〔第七集〕』(日本看護協会出版会、昭和六一年)二三頁。
- (一〇) 高田利広『看護の安全性と法的責任〔第二集〕』(日本看護協会出版会、昭和五十四年)一五頁。
- (一一) 昭和五十八年二月九日、日本経済新聞。

四 結 語

本稿においては、看護業務とくに療養看護業務に関する判例を業務類型ごとに分析し、考察してきた。これにより療養看護業務における注意義務と法的責任の問題の全体像がおおよそ明らかになったものと思う。これら多方面にわたる療養看護業務の注意義務を一言で要約することは難しいが、各節ごとに若干の要点を列挙すればつぎのようになろう。

療養指導においては、最初に傷病者の看護を開始するときにはその容態を観察して自分の手当てだけでよいか医師の診察を受けさせるべきかを的確に判断すべきこと、医師の診断により治療方針が示された患者の看護においては治療方針に従うとともに、看護専門職として患者の容態を観察しその結果を積極的に医師に具申すべきこと、治療すべき疾患のみでなく患者の全身的衛生管理に留意すべきこと、患者の疾病・生活・行動により患者自身に生ずる危険や他人に及ぼす危険などの可能性を予見してその防止に留意すべきこと、などがその要点である。

経過観察においては、患者の容態が急変するおそれがない場合を除いて患者のいかなる容態の変化にも即応して適切な処置をなしうる（「判例11」）ような看視体制（容態急変の可能性に応じて常時看視ないし頻回巡視）をとるべきこと、患者の愁訴に対しては、患者の訴えをよく聞きかつ患者の容態を冷静に観察してその状態を判断し、自ら療養指導をするとともに必要なときは速やかに医師に報告すべきこと、などが指摘できる。

医師との連絡においては、重篤な患者の容態の観察に当たる看護婦は、容態の推移、患者や付添人の訴えなどを遅滞なく医師に伝えて診察を求め、または医師の指示を得て看護上の処置をすべきこと、夜間に患者の容態が変化

したり患者から診察の求めがあったときに就寝中の医師を起こすかどうかは、当直看護婦が患者の容態の変化の程度や容態の緊急性などを判断してきめるべきこと、などである。

環境管理においては、およそ人の生命および健康を守ることを目的とする病院は、その入院患者は勿論、そこに出入りする患者の家族や見舞客等関係者の身体・生命の安全確保に留意しなければならないこと（〔判例38〕）が指摘される。医師や看護婦にも院内患者の生命・身体を安全を確保すべき義務がある。ベッド、保温・暖房器具、その他の施設設備にかかわる事故であれ、院内感染事故であれ、その防止のための安全管理においては、患者の年齢、知能、性格、病状などによる患者の判断力・運動能力（新生児の体動、一歳児の体動の可能性、麻酔による下半身の感覚能力、五歳の腎臓病患者の動作の不的確さ）・体力・抵抗力（新生児、未熟児）などによって違った対応が求められるが、そのためには、医師や看護婦が患者に接し観察して患者を正確に知り、その患者と施設設備との間に生ずる事故の可能性を予見して、具体的な事故防止策を講じなければならない。

患者管理においては、精神病院に入院している患者とくに自傷他害のおそれのある患者について、その自殺の防止、無断離院の防止、他者への加害の防止、放火の防止など、嚴重な患者管理が要求されとしても、これは治療目的との関係では問題がある。たとえば、自殺防止の措置を徹底しようとする患者に不信感を抱かせ患者との信頼関係を損ない（〔判例41〕〔判例42〕〔判例46〕）治療目的に反することになるなど、事故防止のために患者管理を強化することは、患者を「社会との接触の中で」（〔判例55〕）または「実社会の雰囲気に近い状況において」（〔判例50〕）治療するという現代精神医学界において広く支持されている開放療法や開放管理の理念に矛盾することになる。そうした相克の中でいかにして治療目的と患者管理との調和を保つか、それは精神医療の基本的課題である。具体的には担当医が「治療効果と危険とを衡量」（判例56））して判断することになるが、その際に重要なこ

とは、その患者が自傷他害事故を引き起こす具体的おそれがあるか否かである。その判断要因としての自傷他害事故の具体的可能性の予知については、患者と常時接触している看護婦（士）等の観察と判断が極めて重要な役割を有する。たとえば、早朝に病室を巡回した看護婦が、日頃起床の遅い患者がその日に限りベッドの上に起きて座っているのを目撃しながら、同人が看護上の要注意者（自殺の危険性）であることに思いを致し異常を察知して看護を続けるべきであったのに、そうしなかったことを過失と認定した〔判例47〕の一審判決は、こうした考え方に基づくものであろう。

このようにみてくると、療養看護においては、日常的には患者の衣食住をはじめ生活の諸方面にわたる世話が大事なことはいうまでもないとしても、看護事故防止の観点からみて、とりわけ重要なものは患者の状態の観察とそれに基づく看護判断である。この観察と看護判断こそは、専門職としての看護婦の独自の業務といえよう。これは、診療補助業務においては、診療行為の責任者である医師の判断を仰ぎその指示に従うことによって業務をすめればよい場合が多いのとは対比して、療養看護業務の特徴といえる。

ところで、看護業務の独自性ないし主体性は業務における法的責任によって裏付けられるのに、裁判では看護業務の責任の問題は比較的軽く扱われることが多い。看護婦に過失があるときも、医師の指揮監督や安全設備等を含めた看護・管理体制にも原因があるとして、医師または院長の責任とされることが少なくない（〔判例12〕〔判例19〕〔判例36〕など）。患者に生じた損害をいかにして救済するかという民事裁判の場合とはとくに、賠償能力の大きい医師または病院自体の責任を認定することで目的が達せられるからである。脳圧昂進の入院患者が診察もされないうちに倒れて死亡に至ったという事故で、医師の過失が明白であるから医師と病院に損害賠償責任があることは当然であり、看護婦の過失の有無を問うまでもないとして、看護婦の過失の審理を省略した〔判例22〕などは、

その典型例である。この点に関して、「判例2」における看護婦の責任をめぐる論争は、その結論の是非はともかく、看護業務の独自性ないし主体性と責任との関係を考える上で重要な議論であると思うのである。

なお、看護業務は、そのほとんどが医師等との協同作業となっているため、看護事故の責任をだれがどのように負うのか、すなわち、看護婦の指揮監督者である医師の責任の範囲に包含させるのか、医師と看護婦が共同でまたは双方とも個別的に責任を負うのか、看護婦だけが単独で責任を負うのかが問題となる。また、これに関する看護事故判例を数種の責任類型に分けて分析した場合に、医師と看護婦との協同関係に対する判例の考え方が、業務の類型によってどのように違い、また時代によってどのような変遷があるのかも問題となろう。こうした問題については既に、別稿においてその概要を論述したが、詳しくは、稿を改めて考察することにした^(一)。

(一) 菅野耕毅「判例からみた看護婦の役割と法的責任」看護学雑誌第五二巻七号(昭和六三年)六六一～六六八頁。